

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

DES

TUMEURS CUTANÉES BÉNIGNES

ET DU TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

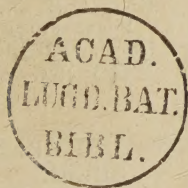
Le 11 Mars 1905

PAR

Marc BOUIS

Né à Barbentane, le 26 mai 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



*« Ut cancrum curare sic eum
definire perarduum est. »*

(PERYLHE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS- (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre,
	Professeur adjoint.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. BROUSSE, <i>agrégé</i> .
ESTOR, <i>professeur</i> .	JEANBRAU, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON GRAND PÈRE

A MA TANTE

A MON ONCLE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA GRAND'MÈRE

M. BOUIS.

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

M. BOUIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLENEUVE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR TREILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE EXOTIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR TEULON

DIRECTEUR HONORAIRE DE LA SANTÉ

M. BOUIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON PERRIN

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE A L'ÉCOLE

DE MÉDECINE DE MARSEILLE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. BOUIS

Arrivé au terme de nos études médicales, ce n'est pas sans une grande peine que , dans un instant , nous quitterons pour toujours les murs de cette Faculté où nous laissons des Maîtres si dévoués et des amis si sincères.

Au seuil de la vie nouvelle qui nous attend, c'est pour nous un devoir bien doux que de remercier nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour tout le dévouement dont ils ont fait preuve à notre égard.

Mais nos remerciements vont particulièrement à MM. les Professeurs Villeneuve et Treille, dans le service desquels durant plusieurs mois nous remplîmes les fonctions d'externe. Ils eurent pour nous une bienveillance et une sollicitude dont nous leur saurons toujours un gré infini.

Monsieur le Professeur Perrin dont nous fûmes l'aide pendant trois ans, sait bien quelle reconnaissance nous lui gardons pour tout ce qu'il a fait pour nous.

Nous tenons enfin à remercier Monsieur le Professeur Forgue à un double point de vue : de la bonté avec laquelle il nous a toujours reçu dans son service, ensuite de l'honneur insigne qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

La bonté affectueuse, les délicates prévenances dont nous fûmes l'objet durant notre séjour à l'internat de l'hôpital d'Aix constitueront pour nous de bien précieux souvenirs.

Est-il besoin de dire à tous nos amis que c'est avec un profond regret que nous les quittons ? Ils surent en certaines circonstances nous prouver tout leur dévouement, aussi ne les oublierons-nous jamais, Car peut-on oublier sa jeunesse ?

AVANT-PROPOS

Si l'étude clinique des néoplasies laisse aujourd'hui fort peu à désirer, leur étude pathogénique et thérapeutique est bien loin d'être complète. Le microscope, qui a résolu définitivement tant de questions, est demeuré ici impuissant. Tout au plus nous a-t-il fait connaître des détails de structure qui ont servi à établir une classification des tumeurs.

De tous côtés, de longues et savantes recherches s'effectuent pour trouver la cause du mal ; le succès n'est point encore venu récompenser tant d'efforts.

Il y a des tumeurs. Les unes marchent très rapidement, d'autres paraissent à peine incommoder les malades : entre les deux toute une série d'intermédiaires. Voilà, peut-être, tout ce que nous savons.

Durant notre séjour à la clinique de Dermatologie, notre attention fut plusieurs fois attirée par des néoplasmes malins qui s'étaient greffés sur des lésions presque insignifiantes. Au début de nos études médicales, en particulier, nous avons pu, grâce à notre Maître M. le professeur Perrin, observer et suivre un malade dont l'histoire pathologique, l'aspect des lésions, les opérations répétées qu'il avait subies, nous avaient vivement frappé. Arrivé au terme de nos études nous avons retrouvé dans les notes de la clinique l'observation de ce malade, nous l'avons étudiée avec soin et, intéressé par

ce sujet, nous avons recherché des faits semblables pour les décrire dans notre thèse inaugurale.

Nous serons heureux si l'indulgence de nos Maîtres en est satisfaite.

Ayant toute autre considération nous donnerons l'observation détaillée du malade qui fait le sujet de ce travail.

Nous la ferons suivre de quelques remarques sur les difficultés que présente l'étude des tumeurs de la peau en même temps que nous ferons quelques généralités sur les tumeurs.

Puis, après avoir étudié le mode suivant lequel se font les dégénérescences malignes des tumeurs bénignes, nous envisagerons spécialement les transformations sarcomateuses des néoplasmes cutanés bénins.

Enfin nous insisterons sur l'utilité d'une intervention radicale précoce dans le traitement de ces néoplasmes, y ajoutant quelques considérations sur la Radiothérapie et la méthode de Cerny Trunecek.

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

DES

TUMEURS CUTANÉES BÉNIGNES

ET DU TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Publiée en 1898 par MM. Perrin et. Pluyette dans le *Marseille médical*
Entièrement refondue et complétée.)

B..., homme de 42 ans.

Mère vivante âgée de 82 ans. Père mort à 40 ans d'une pneumonie. Ils ont eu trois enfants : une fille morte de suites de couches, une autre vivante qui a quatre enfants, dont une fille de 17 ans atteinte de lupus tuberculeux. Enfin, le dernier des trois enfants est notre malade.

D'après ce que nous dit sa sœur, il est atteint de crises d'épilepsie depuis l'âge de 20 ans, qui reviennent régulièrement tous les mois. Pas de syphilis, pas de tuberculose, une bonne santé générale.

Le malade raconte qu'il a gardé dix ans, sans aucune gêne,

de 1874 à 1884, à l'aine gauche, une petite saillie du volume d'un pois, reposant sur une peau légèrement parcheminée. En 1884, cette petite saillie, à la suite d'un effort qu'il fit en montant une balle de fourrage augmenta de volume et prit une forme conique de la grosseur environ d'un œuf.

Par une écorchure qui se produisit accidentellement, il y eut une hémorragie en jet. A dater de ce jour, la croissance de la tumeur se fit avec une très grande rapidité. Il fut obligé, dit-il, de s'aliter le 2 octobre 1884, et ne se leva qu'un an après, en avril 1885, marchant avec des béquilles. Il avait « une grosseur en forme de champignon qui mesurait 0,30 centimètres de diamètre à la base, et 0,60 centimètres au sommet ».

Une seconde tumeur de la grosseur d'une pomme et une troisième qu'il compare à une prune apparaissent à côté de la première. Ces deux là sans pédicule. Puis c'est le tour d'un assez grand nombre de petites nodosités variant comme dimensions d'une lentille à un poids, et s'étendant depuis la racine de la verge jusqu'à l'ombilic et descendant jusqu'à la région inguinale et crurale supérieure.

Comme médicament il prit à ce moment-là du mercure, de l'arsenic, de l'iodure de potassium.

Il entre à l'hôpital Saint-Eloi le 15 juin 1885. La tumeur fut moulée, opérée le 6 juillet par M. le professeur Dubreuil à l'aide du thermocautère. Vaste plaie bourgeonnant régulièrement. Le malade commence à se lever le 15 août et sort guéri, la plaie entièrement cicatrisée, le 1^{er} septembre.

1890. — Première récurrence 5 ans après, à Aix. La tumeur s'étant développée dans la région inguinale droite, avait la grosseur d'une pomme et était pédiculisée. Deuxième opération.

1893. — Deuxième récurrence, 3 ans après, dans la région inguinale droite et gauche. Ablation à l'hôpital d'Aix. Troisième opération.

1896. — Troisième récurrence. Au mois de novembre, par M.

le docteur Vadon, ablation d'une nouvelle tumeur pédiculisée à l'aine droite. Quatrième opération.

1897. — Quatrième récurrence en avril encore à l'aine droite. Cinquième opération par M. le docteur Vadon.

1898. — Cinquième récurrence. A la suite d'une atteinte grave d'influenza et d'effort pour vomir et tousser, la tumeur augmente à nouveau. Il se remet alors à la liqueur de Fowler, mais le néoplasme continuant à évoluer, le 18 juin il est opéré par M. le docteur Pluyette. A cette époque, la tumeur était très volumineuse à droite, avait la forme bilobée, présentant des dimensions transversales de 0,28 centimètres et de 0,13 centimètres de haut en bas. La perte de substance fut grande. Tout le triangle de Scarpa fut mis à nu, mais la tumeur pénétrant dans le trajet du cordon, l'opération fut incomplète. La cicatrisation se fit par bourgeonnement dans toute la région crurale, mais il persista un gros champignon au niveau des éléments du cordon. Ce champignon fut cureté et cautérisé au thermocautère, mais malgré cette nouvelle intervention forcément incomplète, il n'en persista pas moins. On appliqua alors régulièrement des rondelles et de petites mèches de pâte de canquoin, toutes les fois que les bourgeons étaient exubérants. L'escarre tombée, la plaie diminue, mais il persiste toujours un trajet fistuleux. Il n'en souffre point, son état général reste bon. Le malade peut marcher et travailler.

Examen histologique. — Avant de faire opérer ce malade pour la sixième fois par M. le docteur Pluyette, le professeur Perrin excisa en 1898 un petit nodule sur la paroi abdominale développé sur le bord de la tumeur, et nous en confiâmes l'examen histologique à M. le docteur Pilliet, chef du laboratoire du professeur Tillaux. Voici le résultat de cet examen, qui ne fut pas sans nous surprendre :

Cette tumeur présente à considérer l'épiderme qui, normal sur un point de la pièce, est pigmenté au voisinage d'une dé-

pression ou exulcération légère, comme s'il avait existé là une inflammation très ancienne. Les papilles du derme sont à la fois basses et élargies, elles sont remplies de cellules étoilées ou fusiformes indiquant une prolifération de moyenne intensité. Il existe dans ces couches deux poils follets dont on ne voit pas les glandes sébacées et deux glandes sudoripares normales.

Pour le reste, tout le derme et l'hypoderme sont confondus, parcourus par des faisceaux assez minces, ondulés, enchevêtrés dans tous les sens de fibres musculaires lisses, petites, mais reconnaissables à leurs noyaux en bâtonnets. Ces faisceaux montent presque dans les papilles dermiques. Dans le derme proprement dit, elles englobent le réseau élastique, très abondant et très riche ; plus bas, elles sont mêlées à des trousseaux de tissu fibreux. Ces proliférations sont diffuses, n'ayant aucune tendance à l'enkystement ni à la forme nodulaire, bien que composées d'éléments bénins.

En résumé, le diagnostic anatomique de la tumeur est *fibromyome*, ce qui explique probablement la lenteur de son évolution.

Quelque temps après, la sixième opération ayant été acceptée, un second examen de la tumeur principale fut encore fait par le docteur Pilliet ; il vient confirmer l'évolution sans cesse récidivante de la tumeur.

Voici le résultat de ce deuxième examen :

On ne trouve plus de fibres musculaires lisses sous la peau, mais l'on rencontre partout la structure du sarcome.

1° Les coupes de la peau montrent un épiderme très mince, qui recouvre immédiatement un tissu composé de cellules fusiformes, abondantes, serrées, disposées en tourbillons. Elle se sont substituées aux tissus normaux et présentent l'aspect typique du sarcome à cellules fusiformes.

2° Les coupes de fragments non cutanées montrent une disposition un peu différente. Les cellules sont écartées les unes des

autres, on les voit alors nettement étoilées ; les vaisseaux manquent, l'aspect est alors celui du myo-sarcome, mais ceci ne tient qu'à des différences de vascularisation et n'empêche pas la tumeur d'être un sarcome.

Ce fait montre une fois de plus combien l'étude des tumeurs de la peau, comme d'ailleurs celle des tumeurs en général, est hérissée de difficultés. Aussi, en présence d'une tumeur de la peau, doit-on toujours suivre la méthode que M. E. Besnier a appliquée avec succès à l'étude des dermatomyomes et des dermatofibromes. Cette méthode part de ce fait que dans le plus grand nombre des cas, ni l'anatomie pathologique ni la clinique ne peuvent isolément nous donner le caractère nosographique d'un néoplasme. Leur union au contraire, c'est-à-dire la mise en regard de l'aspect objectif et de la structure histologique pourra donner cette caractéristique cherchée.

Pour avoir l'aspect objectif d'une tumeur, il faut, outre la description détaillée et minutieuse, avoir recours à un dessin ou à un moulage. C'est d'ailleurs une pratique qu nous avons vu suivre très souvent dans le service de M. le professeur Forgue, chaque fois qu'il s'agissait de néoplasie.

Pour connaître les caractères histologiques par une opération insignifiante, la biopsie, on peut faire véritablement l'anatomie pathologique vivante. Tous ces résultats sont alors condensés et rapprochés avec soin. Un jour vient où plusieurs cas de même nature ont été examinés d'après cette méthode rigoureuse ; alors à la phase d'analyse patiente, minutieuse, ingrate et pénible succède la période plus brillante de la synthèse.

Malheureusement cette synthèse, malgré tous les soins que l'on apportera à la faire, ne sera jamais complète, elle ne satisfera jamais entièrement l'esprit tant que nous serons dans l'ignorance de la cause intime de toutes les néoplasies.

Pour en arriver seulement à la conception de ce que pouvait

être une tumeur, que de travaux, que d'hypothèses se sont accumulés !

Tous les auteurs en effet, qui ont voulu essayer de préciser ce que l'on entend par le terme de tumeur se sont heurtés à des difficultés infranchissables, et nul d'entre eux n'a pu encore donner de cette espèce de lésions une définition que l'on puisse considérer comme parfaite.

Le mot tumeur, qui date de toute antiquité, a été créé à une époque où les connaissances anatomo-pathologiques et cliniques étaient des plus imparfaites. Il répondait à une apparence extérieure, il s'appliquait à toute lésion ayant un gonflement plus ou moins limité, à tout ce qui était gros : *tumor præter naturam*. Il désignait un symptôme et rien de plus.

En fait, *tumeur* ne veut rien dire que lésion faisant une certaine saillie circonscrite. Vouloir donner à ce terme une précision scientifique, vouloir surtout lui imposer une signification anatomo-pathologique, comme MM. Cornil et Ranvier, qui appellent tumeur « toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation ayant de la tendance à persister et à s'accroître », est peut-être un peu trop arbitraire.

En détournant ce terme de sa signification primitive, qui est purement clinique, on en altère la portée. Et l'on comprend fort bien la confusion qui naquit du changement de signification de ce mot, lorsque les premiers auteurs commencèrent par établir une distinction entre les mots : intumescence et tumeur vraie. On élevait par ce fait un symptôme extérieur au rang d'affection et l'on créait ainsi des difficultés d'interprétation.

La définition de MM. Cornil et Ranvier, comme toutes les définitions modernes, est à la fois trop et trop peu compréhensive. Elle élimine du groupe des tumeurs toute une série de lésions dont la tuméfaction circonscrite du tissu est un symptôme essentiel, et elle lui impose des lésions dont ce symptôme

n'est pas nécessairement l'expression et qui, par suite, ne sont pas des tumeurs au sens propre du mot.

C'est ainsi que le terme tumeur est devenu synonyme de néoplasme, et que les discussions les plus stériles se sont accumulées depuis plus de 50 ans sur la question de savoir ce qui caractérise le néoplasme, ce qu'il faut comprendre sous le nom de tumeur.

Aussi n'emploierons-nous le terme de tumeur que pour désigner à titre banal les altérations de tissu faisant une saillie circonscrite dont on ne connaît pas la nature d'une manière précise, soit au point de vue clinique, soit au point de vue histologique.

Quand la clinique d'abord chercha à mettre un peu d'ordre dans ce groupe des tumeurs, la première classification qu'elle établit, fut de les diviser en deux grandes classes, les tumeurs bénignes d'un côté, les tumeurs malignes d'un autre. Au fond cette division reposait sur une observation juste ; il y a des néoplasmes à marche très rapide, il en est d'autres qui demeurent indéfiniment stationnaires. Mais est-il vraiment nécessaire aujourd'hui de faire ressortir tout ce qu'a d'insuffisant un caractère aussi général et qui est applicable à toutes les affections connues ? En supposant même que cette distinction en deux grandes catégories fût rationnelle, chacun des deux groupes serait passible des plus grandes objections. Les recherches modernes nous montrent en effet qu'une pareille classification n'a aucune base scientifique. Pas plus qu'il n'est possible de diviser les maladies d'un organe, du poumon par exemple, en bénignes et en malignes, puisque une même affection, la pneumonie si l'on veut, peut être tantôt de la plus extrême bénignité, tantôt de la malignité la plus foudroyante, pas plus il n'est possible de diviser les tumeurs en général, et les tumeurs de la peau en particulier, en bénignes et en malignes.

Ce qu'avait enseigné la clinique, le génie de Laënnec tenta de l'expliquer en établissant des groupes anatomiques correspondant aux tumeurs bénignes et aux tumeurs malignes.

Une tumeur est-elle constituée par du tissu ayant son analogue dans l'économie, elle est homœomorphe, elle est bénigne. Est-elle constituée par un tissu ne correspondant à aucun tissu normal de l'économie, elle est hétéromorphe, elle est maligne.

Cette explication des divers modes d'évolution des tumeurs fut acceptée jusqu'au jour où l'anatomie microscopique démontra qu'il n'y avait ni homéomorphie ni hétéromorphie, mais qu'en réalité elles procèdent toutes d'un type normal plus ou moins avancé dans son développement : toute tumeur étant formée d'un tissu ayant son analogue dans l'organisme normal, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état adulte. En fait, cette loi ne différait pratiquement point tant de la précédente ; mais elle nous montre bien la possibilité de tous les intermédiaires entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne, tandis que Laënnec s'était trompé en leur refusant une origine commune.

D'après cette loi de Müller, la malignité des tumeurs est en raison directe de l'état embryonnaire des tissus qui les composent, en raison directe de leur moins grande différenciation.

Ainsi comparons le fibrome et le sarcome. Le premier est formé de tissu conjonctif adulte, il est bénin ; le second, formé des mêmes éléments à l'état embryonnaire est d'une extrême gravité.

D'autre part, les épithéliums sont des tissus simples, peu différenciés, ils acquièrent très vite chez l'embryon leur développement complet. Les cellules musculaires au contraire n'arrivent que tardivement à leur état définitif. Les épithéliomes sont très malins, les myomes, bénins relativement.

Ce n'est point tout ce que nous a appris l'anatomie microscopique sur la malignité des tumeurs. Un indice précieux à ce

point de vue résidera dans le mode de développement des éléments cellulaires et les anomalies de ce développement. Schultz, Cornil, Hauser ont montré quelle importance réside dans l'abondance des mitoses et les irrégularités du processus mitotique. Plus la marche d'une tumeur est rapide, et plus grand est le nombre des karyokinèses que l'on voit sous le microscope. De plus, dans ces karyokinèses nous avons parfois des divisions multipolaires à 3, 4, 5 branches et plus. De son côté, le protoplasme s'accroît sans se diviser. Le tout aboutit à la constitution de cellules géantes à noyaux multiples. Les cellules filles sont incluses dans les cellules mères, c'est ce que Virchow a appelé la multiplication endogène. Ce sont ces cellules incluses que certains auteurs ont prises pour des parasites.

Aussi d'après tous ces caractères qu'offre la structure microscopique des tumeurs, est-on convaincu que le laboratoire sera l'auxiliaire le plus précieux du clinicien alors qu'il devra porter son pronostic sur une néoplasie quelconque.

En synthétisant les résultats obtenus par la clinique et l'anatomie pathologique l'on peut déterminer à peu près qu'à telle différence de structure, correspond telle différence dans l'évolution.

Certaines tumeurs sont stables, à marche lente et torpide, les autres vont très rapidement avec des caractères infectants et envahissants. Cela provient en effet, de ce que les tumeurs ne procèdent point de la même façon dans leur accroissement. Les tumeurs bénignes, toujours locales, sont ordinairement bien circonscrites, toujours locales, les tumeurs malignes, au contraire, ont une expansion diffuse. Après l'intervention chirurgicale, les premières ont peu de chances de se reproduire, on doit toujours surveiller la récurrence dans les secondes.

Les fibromes de la peau sont en effet toujours bien limités.

S'ils sont sous-cutanés, ils ont la forme d'une petite bille qui roule sous le doigt, et est complètement indépendante des tissus voisins. S'ils sont intra-dermiques, ils sont pédiculisés et n'ont point de connexions avec le tégument d'alentour.

Un cancroïde de la face au contraire n'a pas ces limites précises, il fait corps avec tous les tissus voisins. Si l'on prend le néoplasme en main, on ne parvient pas à le faire glisser sur les plans sous-jacents ; on sent une infiltration profonde, tumeur et organes voisins ne font plus qu'un seul bloc.

La cure radicale d'une telle néoplasie n'empêche point dans la plupart des cas, une récurrence, tandis qu'ordinairement l'ablation d'un fibrome est définitivement efficace.

Il est intéressant de se demander pourquoi l'aspect clinique de ces deux sortes de néoplasies est si divers ; pourquoi une tumeur bénigne a tout autour d'elle une capsule fibreuse qui l'entoure de toute part, et établit entre elle et l'organisme sur lequel elle s'est développée une barrière solide, pourquoi presque jamais une tumeur maligne ne voit pas s'élever contre elle pareils moyens de défense, pourquoi elle fait corps avec les tissus voisins qu'elle envahit progressivement.

On pourrait dire que cela tient à deux causes :

Au mode de développement bien différent qu'offrent entre elles les néoplasies.

Ensuite à la façon dont l'organisme se comporte vis-à-vis de chacune d'elles.

De la diversité du mode d'accroissement résulte ceci, que les unes demeurent localisées tandis que se généralisent les autres.

Les tumeurs bénignes ont un mode de croissance centrale ; chez elles, le noyau primitif grandit progressivement, il y a simplement accroissement de la masse, tandis que tout autour les tissus sont refoulés.

La marche des tumeurs malignes est plus compliquée. En plus de l'accroissement de la masse par expansion centrale, il y a un mode de croissance excentrique. Dans leur reproduction désordonnée, les cellules néoplasiques fument à travers les tissus les plus proches ; les interstices conjonctifs, les espaces lymphatiques sont infiltrés par ces cellules. Les éléments néoformés gagnent ainsi de proche en proche, et ces sortes de bourgeonnements qu'ils ont poussés donnent au néoplasme une forme rameuse, une forme en écrevisse qui leur a valu le nom de cancer. Cette extension par infiltration s'accompagne de la dégénérescence par compression des éléments cellulaires avoisinants ; ainsi se fait la substitution des cellules proliférées aux éléments nobles de l'organe envahi. Vaisseaux, nerfs, muscles, os, rien ne résiste, ils sont englobés par la tumeur au sein de laquelle ils disparaissent.

Nous comprenons dès lors comment au mode d'extension locale une tumeur maligne joint un mode d'extension à distance.

Les espaces lymphatiques, les interstices conjonctifs sont bourrés de cellules néoformées. Que la lymphe emporte une de ces cellules et nous pouvons suivre pas à pas les diverses étapes, depuis la lymphangite cancéreuse jusqu'à l'envahissement ganglionnaire. Cette invasion peut se faire dans un ganglion éloigné alors que la cellule malade en a traversé plusieurs autres sans s'y greffer, de même que parfois elle paraît aller dans un sens inverse du courant lymphatique et suivre ce que l'on a appelé la marche rétrograde.

Mais la généralisation peut aussi se faire par le courant sanguin, surtout lorsqu'il s'agit de sarcome. C'est particulièrement par les veines que les cellules infectantes pénètrent dans la circulation, car les artères résistent en général beaucoup mieux.

Un bourgeon néoformé pénètre dans la lumière d'un vaisseau ; battu par le courant sanguin une partie du bourgeon se détache, donnant lieu, s'il est gros, aux phénomènes de l'em-

bolie, s'il est petit, reproduisant dans les capillaires où il s'est greffé une nouvelle tumeur. C'est donc au moyen de greffes transportées au loin que les tumeurs malignes se généralisent.

Il est non moins intéressant de se demander comment il se fait que les tumeurs bénignes soient encapsulées et les autres ne le soient pas. L'existence de cette capsule est une garantie en faveur du peu de gravité d'un néoplasme. Elle sera un gage de sa marche plus lente, de sa non-généralisation. Sans fusion avec les organes voisins, son ablation sera facile et aura peu de chances de donner lieu à une récurrence.

Depuis longtemps on avait remarqué qu'en présence d'une formation néoplasique l'organisme réagit de la même façon qu'il le fait vis-à-vis des invasions parasitaires.

Que fait par exemple l'économie vis-à-vis du bacille de Koch ? Outre l'attaque leucocytaire, elle cherche à limiter l'infection en mettant entre l'organisme et le microbe une barrière fibreuse. Une réaction de tissu conjonctif se produit, il se forme du tissu fibreux tout autour du tubercule qui, enserré, est comme étreint par la néoformation de défense. De là plus ou moins grande abondance de ce tissu conjonctif dépend la guérison ou l'extension mortelle du mal.

En présence d'une tumeur les réactions de l'organisme sont les mêmes.

Il cherche à limiter le processus néoplasique par la formation d'une enveloppe fibreuse. Le tissu fibreux est-il abondant dense, contient-il peu de cellules conjonctives jeunes ; il ne se laissera pas dissocier par les éléments néoformés. Il les resserrera au contraire et les arrêtera dans leur développement. Une telle formation fibreuse confèrera à la tumeur une certaine lenteur dans son accroissement et nous expliquera comment certaines néoplasies cutanées demeurent des années sans paraître augmenter de volume.

Le tissu conjonctif demeure-t-il jeune au contraire, est-il peu abondant et peu serré, les cellules embryonnaires dissocient les fibres de cette ébauche de capsule, elles rompent cette barrière, gagnent et envahissent ainsi les tissus voisins. Les formations néoplasiques vont, en ce cas, beaucoup plus rapidement que les formations conjonctives, et c'est ce qui nous explique pourquoi le tissu fibreux envahi dès sa naissance n'a point le temps d'arriver à son état adulte pour limiter l'infection. L'on comprend par ce mécanisme l'aspect que présente au microscope la coupe de certains carcinomes par exemple, où l'on voit de grosses cellules épithéliales toutes jeunes englobées dans des lacunes conjonctives, minces, frêles, jeunes également. Dans ces lacunes se trouve l'ébauche de défense que l'organisme impuissant n'a pu parvenir à édifier. Il est évident qu'en pareil cas la marche d'une tumeur est foudroyante.

En un mot, le tissu conjonctif est-il adulte et abondant ? Il en résulte une capsule fibreuse, la limitation de la tumeur, la tumeur est bénigne.

Le tissu conjonctif est-il jeune et peu abondant, la tumeur diffuse, infiltre les éléments voisins, la tumeur est maligne.

Bénignité et malignité des tumeurs sont donc fonction de cette réaction conjonctive.

Voilà pourquoi les tumeurs bénignes de la peau, encerclées dans leur capsule conjonctive extérieure, ont cette mobilité ou cette pédiculisation qui les range pour ainsi dire au titre de corps étranger inerte au milieu des tissus où elles se sont développées.

Voilà pourquoi une tumeur maligne du tégument nous offre toujours ce plastron dur, induré, s'étendant au loin, avec engorgement ganglionnaire dans le voisinage.

De ce fait, tandis que les premières souvent n'incommodent

pas même ceux qui en sont porteurs, les secondes, si on ne les traite point, tôt ou tard conduisent au tombeau.

Telles sont, résumées, les principales distinctions que l'anatomie pathologique d'une part, la clinique de l'autre, ont établi entre les néoplasmes bénins et les néoplasmes malins. Mais vouloir donner à ces caractères une fixité absolue serait certainement une erreur.

L'on ne regarde plus les deux groupes comme n'ayant aucune relation entre eux ; mais au contraire beaucoup d'auteurs consentent à leur accorder une communauté d'origine, surtout depuis que de nombreuses études sur la dégénérescence des tumeurs sont venues nous faire connaître les circonstances dans lesquelles elles se produisaient.

Les tumeurs bénignes de la peau, comme en général les tumeurs bénignes de tous les autres organes, sont très souvent le siège de dégénérescence.

Les observations que nous avons rassemblées dans ce travail en sont une preuve.

CHAPITRE II

DE LA DEGENERESCENCE POSSIBLE DES TUMEURS BENIGNES

Dans son traité de chirurgie, M. Delbet établit cette proposition comme caractère distinctif entre les néoplasmes bénins et les néoplasmes malins : La bénignité ou la malignité d'une tumeur, dit-il, est ordinairement primitive. De ce fait qu'une tumeur se présente à l'examen avec tous les caractères possibles de bénignité, peut-on affirmer qu'elle demeurera toujours telle ? En principe, il est fort vrai qu'un lipome du dos, par exemple, est la plupart du temps exempt de conséquences graves ; il est fort vrai qu'un cancroïde de la face s'est montré dès son apparition avec tous ses attributs malins. Il est cependant peu de médecins qui voudraient porter un pronostic favorable de longue échéance pour une néoplasie si insignifiante soit-elle, car l'on ne compte plus les cas où le cancer a pris la place d'une verrue, d'un kyste sébacé ou d'un molluscum vulgaire.

Cette distinction entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes n'a rien d'absolu, elle n'a au contraire qu'une valeur toute relative, et si nous passons en revue toutes les différences que la clinique et l'anatomie pathologique ont accumulées entre elles, si par ailleurs nous examinons tous les points communs qu'elles nous ont révélés, nous voyons que les propriétés des unes peuvent très bien se rencontrer chez les autres.

Que nous enseigne la clinique sur les tumeurs bénignes ? Elle nous les montre comme encapsulées, bien délimitées, à marche lente, ne se généralisant ni ne récidivant pas. Ceci est vrai dans bien des cas, mais il est arrivé souvent que certains néoplasmes que l'on avait considérés comme bénins n'avaient point tous ces caractères, et que, par certains côtés, ils cotoyaient la malignité.

Dire qu'une néoplasie bien circonscrite, bien encapsulée, ne sera jamais grave ou encore soutenir le contraire, serait évidemment beaucoup trop se risquer.

L'on sait fort bien que l'un des côtés cliniques du sarcome, c'est précisément d'être enveloppé d'une capsule fibreuse, capsule fibreuse souvent fort épaisse, pourtant le sarcome est bien malin.

De même le cancer du sein chez les vieilles femmes est toujours encerclé d'une abondante prolifération conjonctive.

Ces contours nets, bien délimités que l'on accorde aux tumeurs bénignes, elles ne les ont pas toujours. On a en effet décrit des myomes ou des lipomes diffus qui n'avaient point provoqué autour d'eux de réaction de défense et qui par cela même étaient en contact immédiat avec les tissus voisins. C'est ainsi que lors du premier examen de la tumeur de notre malade, M. Pilliet reconnut avoir affaire à une structure bénigne, tandis qu'il nous signalait en même temps la diffusion et le peu de netteté de contours dans cette tumeur. Dans le cas de MM. Devic et Gallavardin il en est de même. Voilà donc des tumeurs qui, histologiquement bénignes, sont en même temps malignes du fait de leur diffusion.

Ceci nous expliquerait peut-être pourquoi parmi les tumeurs bénignes il en est qui en peu de temps acquièrent un volume considérable. Chez notre malade, nous voyons que chaque fois que la tumeur non encore dégénérée se met à évoluer, elle attein-

gnait très vite un volume relativement grand. Nous ne nous rappelons plus quel auteur rapportait ces dernières années à la Société anatomique le cas d'un fibrome de la nuque qui en peu d'années avait pris un développement tel qu'ayant diffusé de tous côtés, il était devenu inopérable. La tumeur étant soupçonnée de mauvaise nature, l'examen histologique en fut fait, mais il démontra que l'on se trouvait en face d'un fibrome pur. Faut-il pour cela incriminer le manque de capsule fibreuse dans la rapidité de la marche d'une néoformation ?

Les lipomes très volumineux ne sont point très rares, qui pourtant avaient une solide enveloppe conjonctive. Tel était le cas d'une femme de 60 ans environ à qui nous vîmes, l'année dernière, enlever par M. le professeur Forgue, un volumineux lipome de l'épaule. Il y a également des fibromes utérins enveloppés d'une forte gaine fibreuse, qui arrivent rapidement à causer par leur volume de graves phénomènes de compression. La capsule fibreuse des tumeurs bénignes ne les empêche donc pas toujours d'évoluer d'une façon inquiétante. La rapidité dans l'évolution n'est point l'apanage des seuls néoplasmes malins. Absolument comme chez ces derniers, parmi les néoformations bénignes, les unes ont une évolution excessivement lente, les autres excessivement rapide, sans que l'histologie puisse en indiquer le pourquoi dans une différence de structure.

Ce que l'on accorderait plus volontiers aux tumeurs bénignes, c'est la non-généralisation. Il est évident que c'est là le propre des tumeurs malignes, car c'est en se généralisant qu'un néoplasme emmène fatalement un malade. Si les tumeurs bénignes se généralisaient, elles cesseraient par cela même d'être bénignes.

Cependant on a cité de nombreuses observations de fibromatose et de lipomatose généralisée, et sans aller jusqu'à assimiler cette lipomatose ou cette fibromatose avec la sarcomatose géné-

ralisée, nous ne pouvons manquer de faire ressortir l'analogie qui existe dans les deux cas.

D'ailleurs l'on peut remarquer que souvent dans les néoplasies bénignes, à l'instar des tumeurs malignes, on voit tout autour de la tumeur principale plusieurs noyaux secondaires. C'est ainsi qu'il y a trois ans se présentait à la clinique du professeur Perrin une femme atteinte d'une tumeur à l'aîne droite. Autour de cette tumeur étaient apparues depuis peu de temps, deux autres nodules beaucoup plus petits : si bien qu'ayant porté le diagnostic de fibro-sarcome, nous suivîmes la malade, et la tumeur ayant été enlevée par M. le docteur Jourdan, l'examen démontra qu'il s'agissait simplement de fibrome. Cette malade a été revue le mois dernier, elle se porte fort bien et ne présente aucune trace de récurrence.

Enfin nous verrons plus loin comment l'Ecole Lyonnaise, suivant en cela les idées de M. Bard, va jusqu'à prétendre que des tumeurs histologiquement bénignes, peuvent se généraliser et devenir infectantes au même titre que les autres néoplasmes considérés comme malins.

Quant à la récurrence, sans aller jusqu'à prétendre qu'elle est également fréquente dans les deux classes de tumeurs, disons de suite que les tumeurs bénignes se reproduisent assez facilement.

Les myomes, les myxomes, les fibromes exigent souvent des interventions répétées. Raffin cite des cas de myxomes ayant récidivé après ablation. Plus suggestif est le cas du professeur Poncet où un myxome a nécessité 36 interventions. Il est vrai que le myxome étant composé de tissu peu différencié est à cheval sur les deux groupes de néoplasmes. Mais M. Péraire cite le cas d'un fibrome ayant récidivé 6 fois. Chacun sait avec quelle ténacité désespérante se reproduisent les chéloïdes, qui seraient, d'après M. Pilliet, du fibrome pur. Dans notre obser-

vation il est probable que lors des premières récidives celles-là reproduisaient un type de tumeur qui devait être histologiquement bénin. Quant à savoir comment se fait la récidive dans les tumeurs bénignes, le mécanisme est évidemment le même que pour les tumeurs malignes. Une néoplasie se reproduit parce qu'on ne l'a point extirpée en entier, elle se reproduit aussi par greffe. C'est ce que prouvent les discussions à la Société de chirurgie, où plusieurs fois il fut question de fibromes de la paroi abdominale survenus après une intervention pour fibrome utérin.

Le bistouri du chirurgien avait greffé la nouvelle tumeur. De même, dans ces cas où une tumeur est peu limitée, l'opérateur n'ayant pu faire une exérèse complète verra au bout de quelque temps survenir la récidive.

Nous verrons quelles indications thérapeutiques découlent de ces faits.

D'ailleurs, cette obstination dans la récidive que présentent certaines tumeurs d'aspect bénin peut nous donner une mesure du degré de leur plus ou moins grande gravité.

Il est évident qu'un néoplasme qui récidive après chaque intervention est d'une bénignité toute relative.

Il ne faut point oublier aussi que chaque intervention est un traumatisme. Depuis longtemps, Verneuil et Nélaton avaient justement remarqué que l'intervention sanglante peut être une occasion de dégénérescence. En se reproduisant, un néoplasme bénin peut changer tous ses caractères histologiques et cliniques pour reparaître sous l'une des formes les plus malignes qu'il y ait.

Les caractères que l'on a attribués aux néoplasies bénignes d'une part, aux néoplasies malignes de l'autre, n'ont donc rien d'absolu. Bien au contraire, on serait tenté de dire qu'ils leur sont communs, car la clinique ne nous montre pas entre les

diverses tumeurs une séparation infranchissable, loin de là, et par degré elle nous amène insensiblement des unes aux autres.

Mais les arguments que nous donne l'anatomie pathologique en faveur de ces transitions entre les tumeurs bénignes et malignes ont encore une importance bien plus grande, et le microscope nous prouve, en nous les montrant dans tous leurs détails, ces dégénérescences qui unissent les premières aux secondes.

Ce mot de dégénérescence pourrait prêter à confusion ; disons tout d'abord ce qu'il faut entendre par ce terme. Comme tous les tissus normaux, les tumeurs peuvent devenir elles-mêmes le siège d'altérations régressives dues à la façon défectueuse dont sont nourris les éléments cellulaires néoformés. C'est ainsi qu'elles peuvent subir la dégénérescence calcaire, granulo-graisseuse, kystique ou muqueuse. En pareil cas, pour ne point prêter à confusion, il vaut mieux dire avec Bonnet que c'est là une évolution grasseuse, kystique, calcaire, etc....

Ce qu'il faut entendre par dégénérescence, c'est le passage d'une forme bénigne à une forme plus maligne.

La preuve de ces dégénérescences n'est plus à faire. La pathogénie seule en est demeurée incertaine, précisément à cause de l'impossibilité où nous sommes de ramener les tumeurs à leurs origines véritables.

Si la preuve des dégénérescences n'est pas à faire, il est néanmoins très difficile de les interpréter.

Qu'un fibrome devienne souvent un sarcome, qu'un adénome ait laissé place à un épithéliome, personne ne le conteste. Mais l'interprétation de ce fait est très discutable et très discutée.

En pareil cas s'agit-il d'une tumeur nouvelle se greffant sur l'ancienne et n'ayant rien de commun avec elle ? Ou bien est-ce toujours la même tumeur qui subit une évolution différente, une simple transformation ?

La clinique ne peut ici trancher la question. Souvent, en effet, lorsqu'une tumeur devient maligne, entre l'une et l'autre forme, la transition est brusque, bruyante. Une tumeur, demeurée longtemps stationnaire, indolore, se met subitement à augmenter de volume, à devenir douloureuse, à changer ses caractères cliniques. Mais on ne peut nier qu'à côté de cela on trouve des observations où la transition fut lente et insidieuse. En sorte que, dans le premier cas, on serait porté à penser que l'on a affaire à une tumeur toute différente de la première, et, dans le second, au contraire, rien n'empêcherait de considérer cette dégénérescence comme une simple différence dans le mode d'évolution de la même tumeur.

Les avis sur cette question sont très partagés ; aussi, en pareille occasion, les renseignements fournis par l'anatomie pathologique sont-ils très précieux.

L'opinion de M. Delbet est que les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes n'ont rien de commun entre elles, et la question de la dégénérescence se réduit à l'entrée en scène d'une néoplasie nouvelle.

Un angiome peut-il se transformer en carcinome ? En aucun cas, pareil fait ne peut se produire, car, entre les deux genres de tumeur, il n'y a aucune parenté. Ce que l'on ne peut contester c'est que l'épithélium de l'angiome peut devenir l'origine d'un épithéliome, mais le rôle de l'angiome est purement étiologique, comparable en cela à celui d'un vieil ulcère ou d'une vieille cicatrice.

De même pour le cas de myomes relatés comme s'étant transformés en épithéliome ou en sarcome. Dans l'utérus, par exemple, les cas sont nombreux où l'on a trouvé l'association de myomes et d'épithéliomes. Mais il ne saurait être question de transformation, car jamais le tissu musculaire ne peut engendrer d'épithélium. En pareil cas, il s'agit tout simplement d'épithéliomes nés de la muqueuse, qui, en vertu de leur tendance exten-

sive normale, ont envahi le myome comme ils auraient envahi n'importe quel tissu. Il est même possible que le tissu myomateux offre moins de résistance à l'envahissement que le tissu normal, et que la diffusion des épithéliomes y soit plus rapide.

En somme, quand un myome se comporte comme une tumeur maligne, c'est qu'il est devenu le siège d'un néoplasme malin.

Pour cet auteur donc, entre le néoplasme bénin et le cancer, pas de parenté possible; jamais il ne saurait être question de transformation.

Toute opposée est la théorie lyonnaise. Pas même besoin de transformation. Une tumeur bénigne histologiquement, tout en gardant sa structure, n'a qu'à changer ses caractères cliniques pour aboutir au bout d'un temps plus ou moins long à la généralisation. Les Lyonnais sont en cela fidèles à la théorie de M. Bard.

Condamin, en effet, rapporte un cas de cancer utérin dû à un myome formé de cellules jeunes, que l'on reconnaissait fort bien pour être des cellules musculaires.

D'autres chirurgiens, parmi lesquels MM. Mollard, Paviot, Bérard, Gangolphe, ont décrit, sous le nom de cancer musculaire lisse, de tumeurs malignes à fibres musculaires lisses, de myomes malins à fibres musculaires lisses, des tumeurs issues des organes contenant à l'état normal les éléments musculaires de la vie végétative, tels que : estomac, utérus, intestin, etc.

De même nature est l'observation que nous rapportons dans laquelle MM. Devic et Gallavardin décrivent un leiomyome de la peau malin.

Allant plus loin, ces auteurs voudraient faire rentrer dans cette catégorie des tumeurs analogues précédemment décrites comme néoplasies bénignes ayant subi la dégénérescence. L'observation de M. Mermet, la nôtre, peut-être, seraient dans ce cas.

Combien de fois, disent-ils, n'a-t-on pas englobé sous le nom de sarcome fuso-cellulaire, de tumeur fibro-plastique, de vulgaires leiomyomes malins dont on ne veut pas reconnaître la véritable nature musculaire ?

Pourquoi vouloir à tout prix rechercher en elle une structure atypique, alors que, malgré leur constitution nettement définie, tout comme des cancers ces tumeurs récidivent, se généralisent et tuent.

Il n'y a rien d'impossible, en effet, que les cellules musculaires lisses soient comme les cellules épithéliales ou les cellules conjonctives, capables de propriétés prolifératrices et infectantes.

Les anatomo-pathologistes ne se sont point rangés à cette idée. On ne reconnaît à ces tumeurs soi-disant infectantes de la malignité que dans une récurrence purement locale. Dans les observations où ces tumeurs ont paru réellement infectantes, l'examen histologique a souvent décelé des éléments sarcomateux, sans que rien dans la morphologie de ces éléments permette d'y voir une forme particulière de cellules musculaires.

Et, au fond, la théorie de M. Bard ne diffère point tant des idées généralement admises, car comment distinguer une cellule musculaire embryonnaire d'une cellule conjonctive embryonnaire ?

Il n'est point nécessaire de pousser si loin l'hypothèse de la transformation des tumeurs, et nous croyons que les idées plus modérées de M. Ménétrier sont beaucoup plus satisfaisantes. Ce sont, d'ailleurs, celles qui sont aujourd'hui le plus généralement acceptées.

C'est également à peu près dans ce même ordre d'idées que M. le professeur Bosc traita, l'année dernière, dans son cours sur les tumeurs, cette question de la dégénérescence.

Les tumeurs bénignes peuvent se transformer, et le micros-

cope, pas à pas, nous fait suivre les différentes étapes de cette transformation.

Les fibromes dégénèrent très souvent en sarcome ; or les coupes faites à différentes reprises, soit sur les récidives d'une même tumeur, soit sur des tumeurs enlevées à divers sujets, ont montré qu'entre le fibrome et le sarcome globo-cellulaire, on peut saisir toutes les formes de passage. C'était, d'ailleurs, depuis longtemps l'opinion de Rindfleisch, pour qui fibrome et sarcome sont la même chose. Le sarcome, dit-il, est une tumeur de nature conjonctive ; dans cette tumeur, le tissu peut être tout à fait embryonnaire, c'est-à-dire formé par des cellules rondes, on aura le sarcome globo-cellulaire ; le tissu conjonctif peut avoir reçu une ébauche d'organisation, il est alors représenté par des cellules fusiformes, et on a le sarcome fuso-cellulaire. Il peut présenter, à côté de cellules embryonnaires, de nombreux faisceaux conjonctifs, on a alors le fibro-sarcome ; enfin, tout le tissu néoformé est adulte, on a le sarcome fibreux, qui est notre fibrome.

L'observation de M. Mermet est à ce point de vue caractéristique. Dans la totalité de la tumeur, on reconnaît la constitution du myome ; mais déjà cette constitution est en train de s'altérer, car, en certains points, les fibres musculaires deviennent moins reconnaissables, leur forme moins nette, et par cela même le volume des faisceaux qu'elles constituent par leur fusion impossible à préciser.

Dans les endroits en dégénérescence, les fibres musculaires ne forment plus de faisceaux, car elles sont plus rares, le tissu est le siège d'une prolifération plus rapide, et la plupart des éléments n'arrivant point à leur état adulte, les cellules musculaires que l'on aperçoit sont séparés entre elles par des files de cellules embryonnaires. Dans la généralité de la tumeur, on retrouve les caractères du myome, mais avec des allures malignes nettement marquées par le développement incomplet des cellules

et certaines proliférations exagérées. C'est un myome qui dégénère, qui s'apprête à prendre peu à peu les allures du sarcome, c'est un lien servant à unir ces deux espèces de néoplasies.

Ainsi que MM. Pilliet et Costes le font remarquer, si l'on considère la nature intime d'un fibrome, on voit combien de par sa constitution une transformation sarcomateuse est possible. A la coupe d'un fibrome, on voit tout autour de certains vaisseaux des îlots de cellules embryonnaires. Ces cellules, en se développant, donnent peu à peu des cellules adultes. Qu'à un moment donné ces cellules cessent d'obéir à cette force mystérieuse qui les pousse à leur état définitif, qu'elles s'arrêtent dans leur développement et le sarcome aura sa première ébauche.

Cependant, ici, MM. Pilliet et Costes s'engagent dans un ordre d'idées un peu spécial, quand ils font dériver fibrome, fibro-myome, sarcome de la tunique adventice des vaisseaux. C'est assurément une hypothèse difficile à prouver et qui n'est point admise par tout le monde. Pour quelles raisons refuserait-on au reste des tissus conjonctifs de donner naissance au sarcome ?

Bien souvent, en effet, conformément à cette hypothèse, le cancer conjonctif apparaît sur des angiomes caverneux uniquement constitués de tissu fibreux et de cellules endothéliales tapissant ces fibres conjonctives. Ne serait-ce point ce tissu conjonctif ou ce tissu endothélial qui, par leur prolifération désordonnée, donneraient toujours naissance au sarcome ?

Et pourtant, nous trouvons à côté d'autres malformations de la peau non vasculaires, mais uniquement composées de tissus épithéliaux et conjonctifs, leur donnant l'aspect de papillomes, et qui sont également le point de départ de sarcomes. L'on ne pourrait ici incriminer la paroi des vaisseaux.

Dans toutes ces tumeurs, tous ces œvi où longtemps le processus néoplasique demeure à peine ébauché, aboutit souvent une évolution épithéliomateuse ou sarcomateuse maligne ; et il

n'est point nécessaire pour cela qu'un facteur ou un élément nouveau intervienne. L'activité prolifératrice endormie de toutes ces cellules n'a qu'à se réveiller, et la tumeur, à laquelle jusqu'ici on n'avait pris garde, devient un beau jour inquiétante.

Comme preuve également de la transformation et non de la substitution des tumeurs, on peut dire que certaines formes bénignes correspondent à un groupe malin bien déterminé. C'est ainsi que les nævi pigmentaires donnent toujours naissance à une forme de sarcome bien spéciale : le sarcome mélanique, tandis que les autres néoplasies bénignes ne nous donnent que du sarcome ordinaire. C'est donc bien l'évolution particulière de telle tumeur bénigne qui aboutit à telle forme maligne, et s'il s'agissait uniquement de substitution, on ne voit pas pourquoi le sarcome mélanique ne se grefferait pas indifféremment partout.

Ce ne sont point les seuls angiomes et nævi qui dégénèrent, mais encore toutes les tumeurs de la série conjonctive : ostéomes, chondromes, myxomes, ainsi que MM. Malherbe et Raffin en ont séparément rapporté des exemples.

Les seules dénominations de fibro-sarcome, chondro-sarcome, myxo-sarcome, montrent combien souvent les anatomo-pathologistes ont saisi ces sortes de transition entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Aussi, nous refusons à croire, par exemple, que dans le fibro-sarcome, le tissu fibreux adulte ne représente qu'un mode de réaction du stroma de la région. Ce tissu fibreux est de même nature que les éléments embryonnaires, ils représentent uniquement différents stades. D'ailleurs, jamais les éléments sarcomateux qui marchent si vite ne se seraient ainsi laissés distancer par une prolifération adulte aussi abondante.

D'ailleurs, comment expliquer ces fibro-sarcomes où la prolifération adulte est de beaucoup plus active que la prolifération

embryonnaire? Comment un tissu de réaction proliférerait-il pour son propre compte?

Au sein de tous ces tissus divers, fibreux, muqueux ou cartilagineux, dans des tumeurs du même ordre enlevées à des individus différents ou enlevées à la suite de plusieurs récidives, le microscope a montré de quelle façon la cellule sarcomateuse remplaçait petit à petit le tissu adulte. Toutes les formations cellulaires ont pu être suivies depuis l'état adulte parfait jusqu'à l'état le plus embryonnaire. Il ne pourrait pas en être ainsi si une tumeur nouvelle entraînait en scène, car, dès le début, elle aurait évolué suivant un type bien déterminé, et d'emblée aurait revêtu sa forme définitive sans avoir besoin pour cela de passer par toute une série de formes intermédiaires.

Aussi l'hypothèse, suivant laquelle les tumeurs bénignes se transforment en tumeurs malignes, satisfait d'autant plus l'esprit que l'hypothèse de la substitution lui paraît peu suffisante.

L'étude des dégénérescences épithéliales est encore peut-être plus convaincante, car ici l'histologie a pu, pour ainsi dire, saisir le moment où un néoplasme abandonnait ses caractères de bénignité et commençait une évolution maligne. Que l'on approfondisse les dégénérescences des papillomes, des kystes, des adénomes, on voit qu'elles se reproduisent suivant un mécanisme toujours le même.

Depuis longtemps, la dégénérescence maligne des papillomes avait été signalée. Les chirurgiens en avaient déjà maintes fois fait mention. En 1879, M. le professeur Chalot, à la Société médico-chirurgicale de Montpellier, faisant une courte étude sur la transformation des tumeurs, cite le cas d'une verrue ayant donné naissance à un cancer épithélial, et, bien avant lui, Fano publiait dans l'*Union médicale* une observation analogue.

Le psoriasis buccal, si fréquent chez les fumeurs, n'est qu'un

papillome des muqueuses, où les cellules superficielles subissent l'évolution cornée. Or, ces derniers temps, on a montré l'importance étiologique qu'offrait la leucoplasie buccale dans le cancer de la bouche. MM. Bazin, Debove, Pilliet ont fait à ce sujet des communications fort intéressantes.

En somme, les papillomes ne paraissent correspondre qu'à une simple hyperplasie de tissus. La disposition des éléments constitutifs du derme demeure normale, les différentes couches de cellules superposées sont facilement reconnaissables ; il n'y a, en somme, qu'un épaissement des tissus avec exagération de la disposition des papilles.

Entre les papilles, l'épithélium épaissi descend assez bas, mais, en aucun cas, la membrane limitante du derme n'est rompue.

A un moment donné, sous une influence inconnue, la prolifération épithéliale subit un changement presque insignifiant. Au lieu de progresser toujours vers l'extérieur, les cellules paraissent subir une poussée en sens contraire, la membrane basale se rompt, et, dès lors, les tissus sous-jacents sont envahis par cette néoformation. A ce moment, la tumeur maligne est constituée.

Que dans le tissu cellulaire s'enfoncent des tubes de cellules épithéliales, on a l'épithéliome tubulé. Que ce soient, au contraire, des cordons pleins qui s'isolent, cordons dont les cellules jeunes sont à la périphérie, les cellules plus vieilles, cornées, au centre, on a l'épithéliome lobulé à globes épidermiques.

Tissus interstitiels, espaces lymphatiques jusqu'ici respectés, ont cessé, dès lors, d'être sains du moment où changeaient les caractères de la prolifération cellulaire.

Tout d'abord conservé, l'aspect morphologique de la tumeur bénigne a bientôt changé, le papillome disparaît peu à peu pour laisser en son lieu et place des lésions caractéristiques.

Dans les adénomes, on peut également suivre pas à pas ce même processus de transformation, et cela aussi bien dans les adénomes cutanés que dans les adénomes du sein, du foie, de l'estomac ou du rein.

Les appareils glandulaires fournissent le plus fort contingent de néoplasies épithéliales, dont l'adénome représente le terme le plus insignifiant, et le cancer épithélial, le degré le plus avancé.

Dans l'adénome, les glandes atteignent souvent un volume fort considérable, mais elles conservent néanmoins leurs formes générales ; c'est à la fois une hyperplasie et une multiplication des tubes glandulaires, où les éléments épithéliaux rappellent ceux des glandes saines.

Quand la marche du néoplasme devient maligne, la prolifération cellulaire paraît subir une activité soudaine. Les tubes glandulaires s'allongent, s'engorgent d'éléments néoformés, et ces cellules qui, dans l'adénome, respectent la membrane limitante, nous les voyons ici la rompre en maints endroits. Dès lors, ces jeunes épithéliums ne sont plus réfrénés par aucune barrière, ils envahissent les tissus voisins, remplissent les interstices conjonctifs. De local qu'il était, le processus s'est transformé, il est devenu infectant, envahissant.

Toutes les glandes de l'économie sont susceptibles de formations adénomateuses, et chacune d'elles paye son tribut à la dégénérescence.

Verneuil, puis Darier, ont publié des observations d'épithéliomes survenus aux dépens d'adénomes sudoripares.

Malherbe et ses élèves émettent des idées un peu poussées loin, quand ils prétendent que le cancroïde primitif a toujours son début dans un adénome sébacé.

Les alcooliques, les dyspeptiques ne sont si souvent atteints de cancer de l'estomac que parce que, peut-être, leurs glandes gastriques sont au préalable le siège d'adénome. Chez

ceux dont la digestion est mauvaise, chez ceux qui s'intoxiquent par l'abus de boissons alcooliques, à la suite de ces irritations répétées, certaines glandes s'atrophient, tandis que d'autres à côté sont manifestement le siège d'une prolifération exagérée. D'où multiplication des culs-de-sac glandulaires, végétations épithéliales à l'intérieur des tubes, évolution kystique, ce sont ces hyperplasies que Pilliet a décrites sous le nom d'évolution adénomateuse. Malgré le mécanisme précédemment décrit, rien de malin tant que la membrane propre des tubes glandulaires est intacte, mais que cette frêle séparation soit rompue, tous les tissus voisins sont envahis, la tumeur maligne est constituée.

Dans le foie et le rein ces transformations ont été l'objet d'études récentes. Sabourin dans son *Essai sur l'adénome du foie*, a décrit à n'en pas douter plutôt un épithéliome qu'un adénome au sens propre du mot, car son adénome a les mêmes propriétés infectantes et envahissantes des tumeurs malignes. Mais l'adénome vrai hépatique n'en existe pas moins, ainsi que l'ont prouvé Kelch et Kiener dans leur étude sur le foie des paludéens. Brissaud continuant des recherches dans ce sens a donné les preuves de la dégénérescence cancéreuse de cet adénome hépatique.

Pour le rein, Ettinger, Sabourin, Netter ont montré la relation établie entre la néphrite interstitielle et les formations adénomateuses, entre l'adénome et le cancer épithélial.

Si l'on passait ainsi en revue les tumeurs bénignes de la peau, on les verrait souvent préparer le terrain au cancer. Les kystes sébacés, l'acné sébacée concrète, les *nœvi*, au même titre que l'adénome ou le papillome sont le siège de transformation maligne.

En somme, dans la question de dégénérescence, l'hypothèse de la substitution paraît tout au moins improbable, puisque l'étude microscopique de ces dégénérescences y montre plutôt une transformation.

Cette transformation, d'abord insidieuse, se fait sur un territoire très limité, mais une fois la tumeur d'un certain volume, la transformation accomplie, on assiste à une réelle substitution, puisque la même tumeur apparaît avec des attributs tout nouveaux.

Mais à côté de ces faits relativement faciles, il en est dont l'explication paraît tout d'abord beaucoup moins compréhensible.

Que des tumeurs de même parenté, comme le fibrome et le sarcome, le papillome et l'épithéliome présentent entre eux des phénomènes de transformation, à cela, rien d'impossible.

Mais l'on se demande comment un fibrome a pu devenir un épithéliome, comment une loupe a pu devenir un sarcome.

On a donné, en effet, là-dessus des observations très détaillées.

A ce sujet, une observation célèbre, parce qu'elle remonte assez loin, est celle de M. Chambard, dans laquelle il s'agit de la dégénérescence d'un fibroma molluscum de la région du dos. La tumeur fut considérée comme d'origine sarcomateuse. L'examen histologique prouva que c'était un épithéliome.

Voici le cas d'une erreur de diagnostic semblable. Une malade de M. Peraire porte depuis vingt ans un kyste sébacé, sur ce kyste se greffe un néoplasme qui rapidement grandit et s'ulcère.

L'on pense à un cancer épithélial. L'examen histologique fait par M. Cornil démontre l'existence d'un sarcome.

Le cas de M. le professeur Chalot est analogue. Une verrue du nez dégénère en sarcome.

Nous voici donc en présence de deux faits opposés. D'un côté, c'est une tumeur épithéliale bénigne qui donne une tumeur conjonctive maligne, d'un autre côté le contraire, tumeur conjonctive bénigne, tumeur épithéliale maligne.

S'il s'agit tout simplement d'une substitution, tout est très rapidement expliqué, mais s'il s'agit d'une transformation, ceci paraît tout à fait impossible.

Voici l'interprétation que l'on peut donner à ce fait paradoxal, de prime abord.

Selon qu'une tumeur est plus ou moins complexe, on dit qu'elle est histioïde ou organoïde. Histioïde si un seul tissu concourt à sa formation, organoïde s'il y en a plusieurs.

Il est évident qu'une néoplasie histioïde ne peut dévier de son type fondamental : si elle est uniquement composée de tissu épithélial, elle ne peut dégénérer qu'en épithéliome, si elle n'est constituée que par du tissu conjonctif, elle ne peut aboutir qu'à la forme sarcomateuse.

Mais il n'en va plus de même pour les tumeurs organoïdes, plus complexes, telles que les papillomes, adénomes, kystes sébacés, etc...

Dans ces néoplasmes bénins l'on se trouve en face de l'hyperplasie d'éléments multiples. Cette hyperplasie est généralement assez bien proportionnée pour qu'il soit difficile d'étiqueter la tumeur du titre d'épithéliale ou de conjonctive, puisque il n'en n'est en ce cas pas possible de déterminer dans quelle mesure les éléments épithéliaux ou conjonctivo-vasculaires sont plus particulièrement en cause.

Les controverses auxquelles ont donné lieu les adénomes du sein en sont un exemple frappant. Tandis que Cornil et Ranvier en faisaient des fibromes, Brissaud et Cadiat en faisaient des adénomes purs. A la vérité, ainsi que le dit Duplay, ce sont des tumeurs mixtes, à la fois adénomes et fibromes ; c'est ce à quoi correspond la dénomination d'adéno-fibrome. Dans ces sortes de néoplasies où l'hypergénèse porte à la fois sur le tissu glandulaire et sur le stroma conjonctif, si la dégénérescence survient elle pourra se faire soit par prolifération de l'élément

épithélial, et l'on aura l'épithéliome infectant, soit par prolifération de l'élément conjonctif et l'on aboutira au sarcome.

Dès lors, quoi d'étonnant que dans des néoplasies aussi complexes la transformation se fasse soit dans un sens, soit dans l'autre, sans qu'il soit nécessaire pour cela de faire intervenir l'hypothèse d'une substitution.

D'après toutes les considérations qui précèdent, n'est-on pas autorisé à envisager la question de la dégénérescence des tumeurs que comme un mode particulier de leur évolution ?

Peut-on vraiment réduire le rôle d'un fibrome ou d'un adénome à un rôle purement étiologique, la tumeur maligne ne survenant pas d'une façon autre qu'elle ne le ferait en présence d'un ulcère ancien ou d'une vieille fistule ?

Il est vrai que certains auteurs regardent les néoplasmes bénins non point comme des néoplasmes vrais, mais comme de simples hyperplasies inflammatoires. Il paraît plus logique d'admettre que le traumatisme et l'irritation sont également et au même titre une cause soit de tumeur bénigne, soit de tumeur maligne. Ils créent la tumeur bénigne d'abord, qui dégénère ensuite pour laisser place au cancer.

Les néoplasmes bénins et malins sont essentiellement semblables, chez les uns comme chez les autres il s'agit d'un développement anormal excessif échappant aux lois normales de l'évolution des tissus : mais tandis que chez l'un la prolifération cellulaire est typique, limitée, chez l'autre elle est désordonnée et atypique.

Entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne il n'y a donc point une barrière infranchissable, il n'y a entre elles qu'une différence de degré.

CHAPITRE III

DU SARCOME CUTANÉ — SARCOME SECONDAIRE AUX NÉOPLASIES BÉNIGNES

L'histoire du sarcome de la peau est toute récente. Cela ne veut point dire que ce mot sarcome soit nouveau. Guy de Chauliac, Lorry avaient parlé du sarcome de la peau, pour eux le sarcome était une excroissance de chair.

Nous sommes bien loin de cette définition, mais somme toute depuis fort peu de temps. Ce n'est qu'en 1869, date à laquelle remonte la première observation de Kôbner que remontent vraiment les origines de la sarcomatose cutanée.

Puis sur cette question viennent les travaux justement célèbres de Kaposi, Vidal, de Amisis, Perrin, Hallopeau. Avec eux le sarcome de la peau prend un aspect nouveau.

D'autre part, les recherches bactériologiques viennent en aide à la clinique. Tour à tour sont distraites de la sarcomatose tout un groupe de tumeurs qui n'avaient rien de commun avec elle.

On voyait dans les premières éditions de MM. Cornil et Ranvier, rangés sous l'étiquette de sarcome : nodosités lépreuses, gommes syphilitiques, tumeurs actinomycosiques, tuberculomes. N'a-t-on pas également ces derniers temps séparé du sarcome le lymphadénome et le mycosis fongoïde ?

Malgré tout, le groupe des sarcomes cutanés n'est pas moins demeuré fort obscur et fort disparate.

Les cas de sarcomes sont bien loin d'être comparables entre eux, et leur structure, leur allure clinique présente des différences capitales.

Des descriptions des auteurs que nous venons de citer, il y a un instant, aucune ne se ressemble. Après les avoir lues l'on conçoit que les sarcomes cutanés ne forment point une espèce morbide nettement définie, mais au contraire un groupe d'affections différentes et fort complexes.

D'un côté sont certaines formes ayant dans leur mode de développement, leur évolution et leur généralisation assez de fixité pour pouvoir être comparées aux maladies.

D'autre part, on se trouve en face d'un groupe confus de formes néoplasiques peu semblables entre elles tant dans leur évolution que dans leur développement.

Darier a justement dénommé les premières sarcomes maladies, les secondes sarcomes tumeurs.

Dans les sarcomes maladies prennent place : la sarcomatose pigmentaire généralisée du type Kaposi, la sarcomatose multiple hypodermique du type Perrin.

Le sarcome pigmentaire de Kaposi débute par les extrémités. C'est tout d'abord un œdème dur des membres inférieurs accompagné de taches lie de vin. Puis peu à peu, sur ces nappes infiltrées et au loin apparaissent des nodosités qui s'accroissent en volume et en nombre, et présentent une coloration foncée. Au bout d'un certain temps, la sarcomatose se généralise et n'épargne aucun appareil. C'est un sarcome pigmentaire généralisé.

Le second type de sarcome, maladie décrite par Perrin est bien différent. Dans cette variété le début a lieu par une région quelconque du corps, sauf par les extrémités. Ce début peut être lent ou rapide. On ne trouve d'abord sur le corps qu'un

nombre peu considérable de nodosités, puis une pullulation de productions semblables se fait dans les régions atteintes, mais contrairement au cas précédent les mains et les pieds sont respectés.

Dans les sarcomes tumeurs, une première division s'impose, celle de sarcomes mélaniques et non mélaniques.

Les sarcomes mélaniques ont comme caractéristique d'être colorés par un pigment : la mélanine. Pigment bien différent de celui qui est l'agent colorant du sarcome pigmentaire de Kaposi. A l'état normal, la mélanine se trouve dans l'iris, la choroïde, en certains points des enveloppes cérébrales, dans la basale du corps de Malpighi, dans certaines petites tumeurs congénitales. Aussi, fréquemment, cette tumeur prend-elle naissance dans les organes précédemment cités : nous signalerons de préférence les dégénérescences dont sont le siège les nævi pigmentaires et dont on ne compte plus les observations. Au début, le sarcome mélanique est une tumeur ordinairement unique, très petite, qui grandit peu à peu, et peut atteindre les dimensions d'une petite orange. Sa forme est ovalaire ou sphérique. Sa coloration est foncée, franchement noire. Pouvant demeurer stationnaire un certain temps, la généralisation ne tarde pas à se faire. Les sarcomes mélaniques sont très malins, ils récidivent d'une façon désespérante, et tuent presque fatalement les malades.

Les tumeurs non mélaniques, qui font l'objet de ce travail, nous offrent à considérer : le sarcome primitif non pigmentaire et non généralisé, et le sarcome secondaire.

Nous ne dirons rien sur le sarcome cutané secondaire à une tumeur viscérale, nous ne nous occuperons que du sarcome secondaire aux tumeurs bénignes.

D'après les considérations exposées plus haut, puisque les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes sont unies entre

elles par des liens étroits de parenté, très fréquentes doivent être les dégénérescences des tumeurs cutanées bénignes.

De fait, c'est un point que la clinique avait depuis longtemps signalé, mais c'était là un phénomène peu connu, que l'anatomie pathologique, encore bien imparfaite, ne parvenait pas à élucider. Aussi y a-t-il fort peu de temps que la technique s'étant perfectionnée, l'on s'est appliqué à suivre les transformations malignes des néoplasmes bénins.

Malgré l'origine récente de ces publications, elles n'en sont pas moins fort nombreuses. Dans un relevé de Renoul, sur 120 cas de tumeurs papillomateuses, on note 34 fois la dégénérescence épithéliale, qui d'autre part est constatée 182 fois par Rappock dans une statistique sur le cancer de la face et des lèvres.

Les nævi pigmentaires ont fourni cette constatation intéressante plus haut signalée, qu'ils se transforment en cancers pigmentaires; cancers pigmentaires épithéliaux signalés par Renoul; cancers pigmentaires conjonctifs signalés par Cornil, Trasbot, Perrin.

Ces néoplasmes que Darier et Jacquet appellent hydradénomes, Hallopeau et Reboul nous les montrent comme se transformant en épithéliomes. Balzer et Ménétrier rapportent des observations semblables au sujet des adénomes, et Malherbe a été jusqu'à dire que le cancroïde résulte toujours de la dégénérescence d'un adénome sébacé.

D'après cette statistique nous avons pu nous convaincre que la malignité des tumeurs cutanées bénignes évoluait presque toujours dans le sens épithélial. La dégénérescence conjonctive y est en effet plus rare, et c'est à ce point de vue que nous paraissent intéressantes les observations que nous avons pu recueillir à ce sujet.

Voici ces observations auxquelles nous avons cru devoir joindre celles de MM. Devic et Gallavordin :

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(M. Monteil. — Soc. de chirurg., 1887.)

Mme B..., 35 ans, avait depuis très longtemps une petite tumeur à 2 centimètres à gauche de l'ombilic. Cette tumeur longtemps stationnaire avait pris un accroissement rapide après un accouchement. Elle mesure 18 centimètres sur 14. Son extrémité inférieure était superficielle, la supérieure se perdait profondément dans la paroi abdominale. Pendant son ablation on la trouve en effet adhérente au péritoine, qui est réséqué circulairement sur une étendue de 2 centimètres. Guérison.

Histologiquement la tumeur examinée a été reconnue pour un fibro-sarcome.

OBSERVATION II

(J. Chailloux. — Soc. anatomique, 1897.)

Le nommé J. B..., menuisier, âgé de 49 ans, entre le 15 novembre 1897 à l'hôpital Broussais dans le service de M. Michaux, pour tumeur à l'avant-bras droit.

Cette tumeur, apparue il y a deux ans et demi, est restée longtemps avec le volume d'une noisette ; depuis six mois elle

s'est accrue rapidement et présente maintenant le volume d'une orange légèrement aplatie. La tumeur est située à la face dorsale de l'avant-bras droit. La surface externe légèrement bosselée est sillonnée de veines dilatées.

A la palpation, la tumeur est indolore, dure partout sauf en deux ou trois points où elle donne la sensation de résistance. Elle est légèrement mobile dans tous les sens, cette mobilité est indépendante des mouvements de la main. La peau n'est pas adhérente.

Pas de température, pas de douleur.

Pas de traumatismes. Antécédents nuls.

Ablation de la tumeur...

La tumeur pèse 100 grammes. Couleur grisâtre avec points jaune clair. Elle présente, sur une coupe passant sur le centre, une couleur blanchâtre avec traces jaunes ou roses ; consistance dure. A sa base, au point où elle part de l'aponévrose, la tumeur présente un noyau beaucoup plus dur.

Histologie. Fibro-sarcome à cellules fusiformes, grosses et nombreuses.

OBSERVATION III

(Fredet et Chevassu. — Société anatomique, mai 1902.)

Il s'agit d'une tumeur observée sur une femme de 33 ans, sans passé pathologique. La malade avait remarqué depuis 12 ans l'existence d'une petite masse dure, mobile, indolente sous la peau, de la région fessière, côté gauche.

Il y a trois mois, accroissement brusque. Le volume atteint rapidement celui d'un œuf. La tumeur siège immédiatement au-dessus et au-devant du bord supérieur du muscle grand fessier. Dans la graisse sous-cutanée, elle paraissait munie d'un pédicule reliant son pôle supérieur à la crête iliaque. En

faisant l'extirpation, on a constaté la présence d'un pédicule fibreux.

Ce pédicule se perdait sur l'aponévrose abdominale postérieure, sans contracter de rapport avec l'os iliaque, comme l'aurait laissé croire l'examen clinique. De plus, il n'appartient pas en propre à la tumeur, mais à une coque conjonctive dont il est facile d'isoler celle-ci.

Examen histologique. Fibro-sarcome.

OBSERVATION IV

(Lagrange. — Société anatomique de Paris, 1875, p. 230.)

Gir..., âgée de 64 ans, journalière, est entrée le 22 janvier 1873 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, n° 19 (service de M. S. Duplay).

25 janvier. — La malade a toujours joui d'une bonne santé. Pas de syphilis ni de scrofule dans ses antécédents. Il y a 18 mois, elle s'aperçut qu'elle portait à la partie interne de la cuisse droite, une petite tumeur grosse comme une petite noix, et siégeant à l'union du quart supérieur avec les trois-quarts inférieurs. Complètement indolente au début, cette tumeur grossit peu à peu ; depuis 15 jours elle a pris un accroissement de volume très notable. Aujourd'hui elle présente à peu près le volume d'une tête d'enfant.

Elle est ovoïde, à grand diamètre dirigé selon l'axe du membre. La tumeur, qui s'est allongée surtout à sa partie inférieure, n'est plus séparée actuellement du creux poplité que par un espace équivalent à la largeur de la main. Sa longueur est d'environ 0 m. 20, sa largeur 0 m. 10. Elle est dure, bosselée, adhérente à la peau dans une partie de son étendue. Les veines superficielles sont développées à son niveau. Elle est

mobile sur les parties profondes, et non adhérente au corps du fémur, mais vient-on à faire contracter les muscles de la cuisse, elle devient fixe et paraît unie intimément aux muscles de la partie interne et de la partie antéro-interne de la cuisse. Un de ces muscles même est senti manifestement se contracter au devant de la tumeur ; à l'examen clinique, il est pris pour le couturier.

On peut suivre la fémorale jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, mais là on la perd pour ne la retrouver que dans le creux poplité. La tumeur n'offre ni battements, ni soulèvements dus aux pulsations de la fémorale. Engorgement très peu considérable des ganglions de l'aîne des deux côtés. Depuis quelque temps la tumeur, à la partie inférieure, est le siège de quelques élancements ; à part cela, elle n'est guère gênante que par son poids.

On examine tous les organes, et nulle part on ne peut trouver la trace apparente de semblables tumeurs. Le teint habituellement coloré, est devenu depuis un certain temps pâle, terreux. Amaigrissement très peu prononcé. Frictions avec la pommade belladonnée.

15 février. — Augmentation notable du volume de la tumeur qui présente une de ces bosselures légèrement ramollie, et est devenue le siège d'élancements intermittents. La circonférence de la cuisse prise à la partie moyenne de la tumeur, est de 0,55. La longueur de la tumeur est de 0,25. Le doute qui existe sur la situation des vaisseaux fémoraux fait différer l'opération.

26 février. — La tumeur grossissant toujours, M. Duplay propose à la malade de lui extirper, mais il ne se dissimule pas toutes les difficultés dont l'extirpation pourra être entourée. Après réflexion, la malade se décide.

4 mars. — Opération. La tumeur est entourée d'une gaine

cellulo-fibreuse qui, incisée, permet l'énucléation complète avec les doigts. La tumeur confine aux vaisseaux par sa face postéro-interne. L'opération s'achève sans ouvrir la gaine vasculaire.

Vaste plaie béante, anfractueuse. Pansement ouaté. Enlevée, la tumeur est ovoïde, parsemée de bosselures inégales, séparées par des sillons plus ou moins profonds. D'un poids environ de 15 à 1.600 grammes, elle est enveloppée par une gaine celluleuse qui lui est assez faiblement adhérente, et n'adhère pas non plus d'une façon intime aux tissus voisins. A sa partie postérieure et externe existe une gouttière longitudinale tapissée par du tissu conjonctif assez dense. Cette gaine répond exactement aux vaisseaux.

Sur une coupe longitudinale, la tumeur présente trois aspects bien différents ; au centre, tissu graisseux jaunâtre, parcouru par des tractus blanchâtres et présentant çà et là de petites cavités remplies de mucus. Les parties graisseuses diminuent peu à peu en approchant de la périphérie. Le pourtour présente des lobules d'une teinte grisâtre, assez uniformes, résistants, mais sans dureté bien marquée. Dans un ou deux points de la tumeur, on observe des lobules de consistance et d'aspect gélatineux laissant facilement exsuder une sorte de liquide transparent. Dans quelques points des taches ecchymotiques.

Examen histologique (fait par M. Duret). — A la périphérie, la tumeur est du myxome pur, sauf en un point où la consistance plus dure, moins gélatineuse, présente les caractères des tumeurs embryo-plastiques, et où l'on reconnaît des éléments sarcomateux.

Diagnostic : myxo-sarcome.

OBSERVATION V

Malassez. — Société anatomique, 1871.)

Un homme de 75 ans, entre à la Pitié, service de M. Trélat, pour se faire opérer une tumeur du dos.

Il y a 25 ans, il s'en est aperçu, elle était comme une petite bille. La tumeur se développe peu à peu, mais sans douleur. Il n'y prête aucune attention.

Le néoplasme siège vers le milieu de la région lombaire, au voisinage de la ligne médiane. Il est piriforme et a le volume d'un œuf de poule. Il est ulcéré dans son tiers inférieur (extrémité libre). La surface de l'ulcération est granuleuse et rouge. Le passage entre la peau saine et l'ulcération est brusque. La peau est comme retournée en dedans au niveau du bord de l'ulcération. Sur le reste de la tumeur la peau est d'apparence normale, on y remarque un certain nombre de plis transversaux ; ni poils, ni orifices glandulaires.

Au toucher, mollesse et sensation de glissement au niveau du pédicule, mais au voisinage de l'ulcération, résistance plus considérable et adhérence à la peau.

La tumeur fut enlevée avec l'écraseur ; le malade sortit quelques jours après. Le pédicule est bien cicatrisé.

A la coupe, près du pédicule : coloration blanc, bleuâtre. Faisceaux peu vasculaires d'aspect fibreux, souples et résistants. Au niveau de l'ulcération : coloration rougeâtre ; petits vaisseaux béants ; tissu mou.

Au microscope, près du pédicule : quelques fibres musculaires, quelques fibres élastiques, quelques vaisseaux, mais surtout fibrilles conjonctives. En un mot, tissu fibreux.

A la partie ulcérée : fibrilles conjonctives, fines, formant des

mailles très allongées contenant des cellules embryonnaires et des globules sanguins.

Entre ces deux régions, on saisit bien le passage de l'une à l'autre. A la place d'une cellule conjonctive, on voit trois ou quatre cellules plus petites. A la place d'un faisceau de la substance conjonctive, on voit des faisceaux moins épais séparant les unes des autres des rangées de petites cellules.

Il s'est donc produit une multiplication des cellules conjonctives, résorption des anciens faisceaux conjonctifs, formation nouvelle de faisceaux plus petits.

Il y a donc eu dans ce fibrome une transformation sarcomateuse.

OBSERVATION VI

(Porro. — *Gaz. med. ital. lombard*, 1881, n° 51.)

Femme de 27 ans, quatre fois mère.

Depuis l'âge de 15 ans, elle s'était aperçue qu'elle avait une petite glande dans la partie droite de l'abdomen. Cependant elle n'en souffrait pas, quand au printemps 1881, à la suite de grandes fatigues, le néoplasme fut le siège de vives douleurs, en même temps que son volume prenait un accroissement rapide. L'état général de son côté s'altéra.

Le professeur Porro constate dans la région droite de l'abdomen, entre la ligne mammaire et la ligne sous-axillaire, une masse offrant une forme sphérique, du diamètre de 10 centimètres, dure comme une pierre, indolente à la pression, n'affectant aucun rapport avec l'appareil génital et n'ayant provoqué aucun engorgement ganglionnaire de voisinage.

Le dépérissement de la malade, la surface dure et inégale de la tumeur, son accroissement rapide, les douleurs lancinantes dont elle était le siège, firent penser à un fibro-sarcome.

Le point de départ de la tumeur se trouvait dans la paroi abdominale.

L'opération permit de reconnaître que le néoplasme était situé sous le fascia superficialis et se confondait en partie avec les fibres des grand et petit oblique et du transverse. Quant à décoller la tumeur d'avec le péritoine pariétal, il n'y fallait pas songer ; force fut donc d'emporter une large portion de cette membrane. Il y eut néanmoins réunion par première intention. Il est à remarquer comme incidents post-opératoires les douleurs excessives dans la région opérée et l'emphysème sous-cutané.

Au bout de trois semaines, la malade put se lever. Histologiquement, la tumeur fut reconnue être un myo-fibro-sarcome.

OBSERVATION VII

(Mermet (P.). — Soc. anatomique, octobre 1896.)

A. Elisabeth, âgée de 70 ans, sans profession, entre le 10 juillet 1896 à l'hôpital Cochin, salle Richet, n° 16, dans le service de M. Schwartz.

Pas d'antécédents. Dans la famille pas de tare néoplasique. La tumeur qu'elle porte à la cuisse actuellement devint appréciable il y a 15 ans. La tumeur, au début située dans la peau conserve longtemps le volume d'une noisette, nullement douloureuse.

Son accroissement fut lent et progressif ; il y a seulement trois semaines qu'elle s'est enflammée et ulcérée à son sommet. En même temps elle est devenue le siège d'une tension désagréable, elle dégage une odeur gangréneuse et infecte.

A l'entrée de cette malade à l'hôpital, on constate au niveau des régions fessières et supérieures de la cuisse droite une tumeur du volume des deux points, faisant un énorme relief

et comme pédiculée. Sa forme générale est oblongue, insérée par sa partie supérieure par un pédicule du volume d'une paume de main.

Surface irrégulière, multilobée : on y trouve deux grandes ulcérations à travers lesquelles font saillie d'énormes fungus grisâtres, pulpeux et gangréneux. Entre les ulcérations la peau est rouge, violacée, comme érysipélateuse, elle est ridée, sillonnée, papilliforme, même au loin de la tumeur, dans une étendue de plusieurs centimètres ; elle peut se plisser sur le néoplasme sous-jacent. En somme, on aperçoit dans la zone entamée toutes les lésions d'inflammation et de stase veineuse. La tumeur, quoique peu mobile, n'a pas infiltré l'aponévrose fessière.

Depuis que le néoplasme s'est ulcéré, le malade a maigri, s'est cachectisée.

Ablation de la tumeur.

Une pneumonie du sommet emporte le 14 août la malade avant la cicatrisation de la plaie.

A l'examen de la tumeur, on voit qu'elle est entièrement développée dans la peau et ses dépendances. Sa configuration est irrégulière, bosselée et multilobée. En deux endroits elle est ulcérée. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic et laissent sortir un large champignon gris-rougeâtre et sanieux. Dans l'une des ulcérations des détritux filamenteux font hernie, offrant une disposition plus ou moins fasciculée. Dans les parties intermédiaires la peau est plus ou moins violacée, le derme est épaissi.

A la coupe répondant à la lobulation, on trouve des noyaux blancs, durs et élastiques. Vers les points en voie de sphacèle, ils deviennent plus foncés. Les lobulations sont séparées par des bandes fibreuses surtout de la capsule d'enveloppe. Le néoplasme est en effet recouvert à sa face profonde par une

capsule d'enveloppe. Les points qui correspondent aux fongus sont constitués par une masse brune, noirâtre, filamenteuse, mal fasciculée. Ce sont des faisceaux d'un tissu musculaire en voie de dégénérescence.

Dans la tumeur, les vaisseaux sont rares. On les trouve nombreux au niveau de la capsule d'enveloppe.

Histologie. - - Myome développé aux dépens des téguments. La tumeur dans sa plus grande étendue n'est pas du myome pur, elle a déjà subi certaines modifications résultant pour la plupart d'un processus inflammatoire. On voit qu'elle est formée de fibres musculaires, lisses, disposées par fascicules de volume inégal, entrecroisés entre eux sous les incidences les plus variées. Le volume de ces faisceaux est impossible à préciser en raison des connexions intimes, de la fusion opérée en faisceaux. Leurs limites sont en effet, dans la majorité des cas, difficiles à fixer ; elles ne sont séparées d'ordinaire que par un lit de cellules rondes embryonnaires, analogues à celles qui se trouvent incluses dans leur intérieur ou dans les portions périphériques, au voisinage de la capsule, que par quelques fibres conjonctives issues de cette dernière.

Entre les cellules musculaires lisses et dans l'intervalle des faisceaux qu'elles constituent sont placées des cellules rondes qui se distinguent au premier coup d'œil par leur petit noyau arrondi. Le nombre et la disposition des cellules embryonnaires diffèrent suivant les points. Tantôt elles sont si nombreuses que chaque fibre-cellule est séparée de sa voisine au moins par un élément jeune ou par plusieurs ; on observe surtout cette abondance superficielle au voisinage des ulcérations. Le protoplasme de ces éléments jeunes est peu abondant et le noyau occupe presque tout entier le corps des cellules ; ce noyau affecte la forme de la cellule elle-même, il est arrondi ou à peine allongé et moins riche que celui des fibres lisses en granulations chromatiques.

Les vaisseaux manquent presque d'une façon générale au centre des lobules de ce fibro-myome ; on y voit çà et là quelques sinus peu volumineux. La paroi de ces vaisseaux est simplement formée par un endothélium doublé extérieurement de cellules musculaires lisses du myome. Les véritables vaisseaux n'apparaissent qu'à la périphérie du néoplasme. Tandis que dans les parties dégénérées, les éléments cellulaires se transforment, les vaisseaux augmentent de volume.

Au niveau des zones, la tumeur sur la coupe a une coloration brunâtre.

Les cellules myomateuses perdent leur orientation, deviennent plus jeunes, les faisceaux musculaires sont moins denses et distendus par les cellules embryonnaires. Le noyau se déforme ; d'allongé il devient sphérique, double, triple son volume. Les cellules s'arrondissent de plus en plus et se rapprochent des cellules sarcomateuses.

OBSERVATION VIII

(Reboul cité par Hanot et Gilbert.)

Homme de 73 ans. Il vit apparaître, en 1877, au niveau de la partie postéro-externe du coude droit, une tumeur dure, indolente et mobile. En 1885, c'est-à-dire 8 ans après, la tumeur augmente rapidement de volume, sans ulcération de la peau. Amputation du bras.

Un an après le malade entre à nouveau à l'hôpital ; il est dans un état cachectique avancé et dans un profond amaigrissement.

Sous les téguments on perçoit de nombreuses tumeurs développées depuis peu paraît-il. A la percussion, à la palpation, on constate un gros foie. Le malade s'affaiblit de jour en jour et meurt peu après.

A l'autopsie, on voit tous les organes atteints par des noyaux secondaires. Aucun n'est respecté : cœur, rate, péritoine, côtes, peau, etc.

L'examen microscopique de la tumeur primitive au moment de l'opération première fait par Artaud, révéla la présence d'un sarcome fasciculé.

Mais un deuxième examen, pratiqué au moment de l'autopsie et rapporté par Hanot et Gilbert montra la tumeur constituée par des « faisceaux de fibres musculaires lisses entrecroisées dans tous les sens et placées en contact les unes des autres sans interposition de cloisons conjonctives.

Ceci se rapproche du leiomyome malin décrit par Devic et Gallavardin.

OBSERVATION IX

(De M. le professeur Vallas, rapportée par Devic. — Rev. de chirur., 1901.)

Avril 1898. — D..., homme de 40 ans, tumeur de la face postéro-externe de la cuisse au voisinage de l'articulation du genou. Excision de la tumeur. Le malade sort guéri.

Juillet 1898. — Récidive. Nouvelle excision de la tumeur qui a envahi l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse et le tissu cellulaire sous-cutané. Muscles indemnes, excision très étendue.

Examen histologique de la tumeur.

27 octobre 1898. — Deuxième récidive. Nouvelle excision large de la tumeur. On ne peut recouvrir la surface cruentée. Cicatrisation incomplète.

Février 1899. — Troisième récidive. Amputation refusée.

Avril 1899. — Amputation de la cuisse. Mort par broncho-pneumonie.

Examen histologique. — Aspect d'une tumeur à texture musculaire lisse. Alternances des faisceaux sectionnés longi-

tudinalement, s'entrecroisant avec d'autres, sectionnés transversalement.

Fort grossissement : fibres-cellules ayant la structure de fibres musculaires adultes. On remarque surtout de curieuses formations cellulaires géantes. Ce sont des noyaux quatre à six fois plus gros que les noyaux ordinaires, et paraissant provenir de la fusion de plusieurs autres noyaux.

Nulle part dans la tumeur on ne trouve trace de stroma.

Pas de vaisseaux apparents.

X OBSERVATION X

(Devic et Gallavardin. — Rev. de chirurgie, 1901.)

M. L..., ménagère, 44 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un néoplasme stomacal. Tuberculose dans la famille.

Antécédents personnels. — Scrofule dans l'enfance. Pas de syphilis. Alcoolisme.

Il y a deux ans la malade commença à éprouver des troubles digestifs, caractérisés par de la pesanteur d'estomac et du ballonnement. Parfois, mais d'une façon irrégulière, des vomissements alimentaires. Deux hématémèses, l'une il y a 4 mois, l'autre il y a un mois. Anorexie, dégoût de la viande. Jamais de douleurs à l'hypocondre droit, jamais d'ictère qui puisse faire croire à la lithiase biliaire. La semaine dernière, deux épistaxis abondantes. Jamais de sang dans les selles.

Il y a un an apparut dans la fosse iliaque droite, près de la crête iliaque, une tumeur dont le développement d'abord assez rapide s'accompagna de douleurs. Depuis six mois la tumeur n'augmente plus, les douleurs ont cessé. Mais le mari de la

malade apprend que cette tumeur existait depuis de nombreuses années et qu'elle n'avait alors que le volume d'une noisette.

Actuellement cette tumeur est du volume d'une orange, elle est mobile sur le plan osseux, la peau à son niveau n'offre aucune coloration spéciale.

A la palpation elle est indolente, dure, sans fluctuation.

Quelques semaines avant la première hématomèse, la malade s'aperçoit que son ventre grossit. Puis, il y a trois semaines, œdème des membres inférieurs. En même temps affaiblissement de l'état général.

Le ventre est proéminent, étalé, parcouru de sillons veineux. Pas de sensation de flot.

A la palpation, on délimite une masse énorme, soulevant les fausses-côtes gauches et descendant dans la fosse iliaque du même côté. Cette tumeur est formée de masses secondaires unies les unes aux autres, irrégulièrement arrondies et bosselées.

A droite et au-dessus de l'ombilic, on trouve une autre tumeur plus petite, bosselée, n'ayant aucune connexion avec le foie. La fosse lombaire droite est libre. La tumeur a partout la même consistance dure, douloureuse au palper dans la fosse iliaque gauche.

Utérus mobile, abaissé. Culs-de-sac effacés.

A la base du poumon, le murmure respiratoire est diminué. La pointe du cœur est abaissée, le premier bruit mal frappé.

Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème mou.

Etat général médiocre. Cet état général s'aggrave de jour en jour.

Douleurs dans les jambes, œdème croissant.

Le volume du ventre augmente. Les réseaux veineux sous-cutanés sont plus apparents.

A la ponction de l'abdomen, on obtient un liquide citrin.

La tumeur du côté gauche semble progresser, en arrière elle emplit toute la région lombaire.

Très affirmative, la malade assure que la tumeur de la fesse est première en date.

Examen du sang : 1 globule blanc pour 250 globules rouges.

A l'hématomètre : 3.500.000 globules rouges par millim. cube.

Depuis l'entrée de la malade, en trois mois la tumeur fessière a doublé de volume.

La malade dépérit de jour en jour, et meurt trois mois et demi après son entrée dans le service.

Autopsie. — Le siège de la tumeur fessière est nettement sous-cutané. Elle est assez limitée, facilement clivable des tissus voisins. Elle n'adhère pas à l'aponévrose fessière sur laquelle elle repose.

A la coupe, tissu blanchâtre, dur, ferme, aspect tourbillonnant spécial.

Dans l'abdomen peu de liquide. Enorme tumeur semblant s'être développée au dépens du rein gauche. Volume de deux têtes d'adulte. Poids : 8 kilogrammes.

Elle est profondément située dans l'hypocondre et le flanc gauche en arrière du péritoine. Par son développement elle a soulevé le paquet intestinal, et le mésentère dont elle s'est coiffée. Elle descend jusqu'à la vessie. On trouve sur sa surface des vestiges de parenchyme rénal. L'artère rénale gauche se rend en pleine tumeur.

A la coupe, tissu dur et lardacé. Quelques cavités représentant sans doute les calices distendus et oblitérés.

Le foie volumineux, 3 kilogr. 400, renfermant 30 à 40 noyaux néoplasiques ayant le même aspect que précédemment.

Dans le pancréas également un gros noyau.

Dans le rein droit, deux petits noyaux.

Sur le mésentère et l'épiploon, petits noyaux de généralisation.

Dans les deux poumons sont de nombreux noyaux secondaires.

Ganglions mésentériques et médiastinaux non envahis.

Examen histologique de la tumeur jessière. — A un faible grossissement, aspect général d'un myome à fibres lisses. Alternance régulière des zones coupées soit en long, soit en travers. Le mode d'entrecroisement et d'alternance de ces deux zones est très régulier, beaucoup plus qu'on a coutume de l'observer sur les coupes d'un fibro-myome utérin ou d'un myome bénin vulgaire. En certains points cependant l'alternance est moins régulière, et forme un dessin plus tourmenté ; les faisceaux coupés en travers sont parfois dissociés par quelques fibres les cloisonnant.

A un fort grossissement, on aperçoit dans les faisceaux sectionnés longitudinalement les éléments cellulaires extrêmement allongés, fusiformes, de véritables fibres-cellules dont les limites sont difficilement appréciables, étant donné la juxtaposition parfaite de ces éléments. Au milieu de ces fibres-cellules se trouve un noyau très allongé, en bâtonnet. Pas de nucléole nettement individualisé.

Aux deux extrémités du noyau apparaît la substance fondamentale sous forme de fuseaux protoplasmiques jaunâtres. La fibrillation de ce protoplasma n'est pas toujours très appréciable. Mais cette substance possède tous les caractères histochimiques de la substance musculaire.

Sur les îlots intéressés transversalement par la coupe, on perçoit de petits cercles assez larges et fortement colorés si la coupe a passé au niveau du noyau, de diamètre plus petit et jaune clair si les parties extrêmes de la fibre-cellule ont

été intéressées. Dans les coupes ayant passé par le noyau, celui-là semble occuper toute l'épaisseur de la cellule et n'a autour de lui qu'une mince écorce protoplasmique.

Dans la tumeur, absence totale de stroma.

Une ou deux lacunes veineuses contenant du sang. Pas d'artériole.

Il n'existe pas de zone d'accroissement appréciable, et aucune part on ne peut remarquer des points où se rencontrent des amas embryonnaires.

Dans les noyaux secondaires, la structure est partout la même. C'est toujours le leiomyome.

OBSERVATION XI

(Legrain. — Soc. de dermat. et syphil., 1887.)

Indigène, 30 ans. Pas d'antécédents, sauf du paludisme.

Le 15 mars 1896, le malade, qui avait un bouton à la face dorsale de la main, le fit sauter d'un coup de rasoir. La tumeur se mit à repousser. Quatre ou cinq fois le malade la fit sauter.

Quand le 25 avril 1897, le malade se présente, la tumeur du volume du poing, bosselée, ulcérée et saignante. Le malade entre à cause d'une hémorragie qui durait depuis deux jours.

Refus de l'opération radicale.

Abrasion au thermocautère.

Histologie. — Sarcome globo-cellulaire à petits éléments.

OBSERVATION XII

(Chalot. — Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier, 1879.)

Dans un exposé sur les dégénérescences cancéreuses de la peau, M. Chalot rapporte le fait d'une femme de 65 ans qui portait depuis fort longtemps une verrue sur le lobule du nez. Pendant bien des années cette verrue demeura stationnaire, ne causant ni gêne, ni douleur. Depuis quelque temps cette tumeur s'est mise à augmenter rapidement de volume, en même temps qu'elle devenait douloureuse. Puis elle s'est ulcérée, ses bords sont taillés à pic et laissent passer un champignon végétant. Le volume du néoplasme est celui d'une mandarine.

A l'examen histologique on reconnaît un sarcome.

OBSERVATION XIII

(Baussenat, Bender...)

Femme, 30 ans. Il y a deux ans apparaît au-dessus de l'oreille droite une tumeur grosse comme un pois. Cette tumeur augmente progressivement de volume, et devint comme une noix. A la consultation de la Charité, on fit le diagnostic de loupe. Extirpée, l'examen histologique confirma le diagnostic. Cicatrisation par première intention.

Six mois après l'opération, la malade constate une récurrence de sa tumeur. A la partie antérieure de la cicatrice apparaît un petit nodule, de couleur rosée, douloureux au toucher.

Cette masse augmente de volume et la malade vient nous consulter. Les cheveux sont rares sur la tumeur qui, dure, douloureuse, est immobile sur les plans profonds. On diagnostique : récurrence maligne probablement épithéliale.

Ablation aussi large que possible. La tumeur adhère intimément au périoste sur une étendue de 1 centimètre carré.

Histologie. — Le tissu néoplasique est formé par des cellules très allongées, fusiformes, avec noyau volumineux et clair. Ces cellules forment des faisceaux diversement intriqués, et dans leurs mailles de nombreuses cellules jeunes et de nombreux vaisseaux embryonnaires.

Sarcome fusio-cellulaire.

OBSERVATION XIV

(Cornil, Péraire. — Soc. anat. 1904.)

A la Société anatomique, M. Péraire présente, en novembre 1904, une tumeur de la région occipitale. Cette tumeur est ulcérée, bourgeonnante, à bords indurés. Elle s'est développée sur une loupe dont le début remonte à 20 ans.

On pense qu'il s'agit très vraisemblablement d'un épithélioma. M. Cornil fait des coupes de cette tumeur, et l'examen histologique lui montre qu'il n'y a plus de traces de tissus sébacés. La tumeur est formée de cellules fusiformes, ses vaisseaux n'ont pas de paroi propre.

Il s'agit d'un sarcome fusio-cellulaire qui s'est développé sur le kyste sébacé.

A dessein nous avons rapporté au début de nos observations quelques cas de fibro-sarcomes primitifs de la peau.

Si l'on remarque surtout la façon dont ces néoplasmes ont débuté, on est frappé de la lenteur qu'ils ont mis à évoluer, si bien que les auteurs qui en faisaient la relation devant les diverses sociétés savantes ont toujours émis l'hypothèse d'une tumeur bénigne antérieure.

Peut-être au début ce petit nodule d'aspect bénin chaque fois noté n'était-il autre chose qu'un de ces tubercules sous-cutanés douloureux décrits par M. Malherbe.

Durant les années où la marche de l'affection était insignifiante probablement, on n'avait en face que du fibrome, et du jour où avaient changé les allures cliniques datait l'entrée en scène de l'élément sarcomateux.

Dans la plupart des cas, le fibro-sarcome au début présente ce mode d'évolution, et l'on serait alors porté à penser que le sarcome cutané secondaire à la dégénérescence des tumeurs bénignes n'est point si rare qu'on veut bien le dire.

Mais il est difficile d'établir à ce sujet une statistique exacte. Beaucoup de malades se soumettent de bonne heure à l'intervention chirurgicale. Vu les allures peu inquiétantes de la néoplasie, le chirurgien qui opère, souvent dans le but d'éviter une dégénérescence, n'y prête point garde, et les malades échappent ainsi à l'observation.

A tout prendre, quand on dit sarcome localisé primitif, on veut surtout établir une distinction d'avec les autres sarcomes cutanés, mais certes l'on est souvent loin d'exprimer la façon dont ce sarcome est apparu.

Les cas où d'emblée il se trouve avec tous ses caractères de malignité, sont l'infime minorité, et avant lui on retrouve soit les vestiges d'une dermatose ancienne, soit les traces d'une néoplasie bénigne antérieure. De sorte qu'en général le fibro-sarcome n'est point primitif mais secondaire à une affection du tégument.

Desfontaine cite le cas d'un sarcome survenu sur un ulcère du dos et qui fut pendant longtemps pris pour une lésion de nature syphilitique. Dans une discussion à la Société des sciences médicales de Montpellier, M. Chalot rapporte une dégénérescence sarcomateuse survenue au dessous de vieilles croûtes d'eczéma impétigineux. Dans une statistique de Desbonnets,

on mentionne le même fait, mais ici le lupus tuberculeux avait été la lésion première. Les lésions spécifiques jouent le même rôle, et nous avons vu dernièrement à la clinique de M. le professeur Perrin le sarcome succéder à un syphilome de l'aile du nez.

Faut-il voir là une question de diathèse, comme le pensaient Bazin et Verneuil, ou faut-il incriminer l'inflammation chronique que créent ces divers états ? Nous penchons volontiers en faveur de cette dernière hypothèse.

Mais ce sont sans contredit les tumeurs cutanées bénignes qui sont l'origine du sarcome localisé cutané, et indistinctement il apparaît sur les néoplasmes bénins soit conjonctifs, soit épithéliaux.

Qu'il provienne de la transformation des tumeurs conjonctives, cela paraît tout naturel, mais nous ne sommes point étonnés qu'il apparaisse sur des tumeurs épithéliales à tissu complexe, comme les adénomes ou les papillomes, nous avons déjà expliqué pourquoi.

C'est ainsi que dans nos observations nous voyons tour à tour le fibrome et le molluscum, le myxome, le myome et à côté d'eux le papillome et le kyste sébacé se transformer en cancer conjonctif.

Nous ne voulons pas cependant nier l'existence du sarcome localisé primitif de la peau sans tumeur bénigne préexistante : car plusieurs fois cette néoplasie, à la suite d'un traumatisme, apparut ayant d'emblée tous ses caractères malins ; tel est le cas dont Ruotte fit part il y a deux ans, à la Société de Chirurgie de Lyon.

En somme, le fibro-sarcome cutané, au début, est une tumeur qui demeure pendant des années toute petite avec des allures bénignes. Puis un beau jour, un traumatisme, un effort, un rien, et voilà le néoplasme en voie d'accroissement.

Dès lors, il peut atteindre un volume variable, mais ne

dépassant presque jamais celui d'une orange. La consistance est dure, l'aspect rugueux. L'épiderme est généralement normal, il peut également être le siège d'une ulcération. La coloration de la peau qui recouvre la tumeur n'offre rien de particulier, mais si en un point le néoplasme est ulcéré ou est à la veille de l'être, la peau est plus ou moins mince, plus ou moins rougeâtre.

Les ganglions tributaires de la région atteinte sont très souvent indemnes : c'est là d'ailleurs la règle dans le sarcome. Mais les généralisations viscérales sont des plus fréquentes, et alors même que l'exérèse a été pratiquée de bonne heure, les récidives tant locales que généralisées, sont toujours à craindre. Cependant la malignité de cette forme de sarcome serait beaucoup moindre que celle des formes dont nous avons parlé au début de ce chapitre.

C'est là surtout une description spéciale au fibro-sarcome primitif, mais dans chaque cas où se produit la dégénérescence elle se présente avec un aspect particulier en rapport avec la néoplasie qui dégénère.

La transformation sarcomateuse dans une néoplasie bénigne de volume relativement considérable, cliniquement ne ressemble point tout à fait au sarcome ayant pris naissance au sein d'une tumeur ayant toujours gardé des dimensions restreintes.

Dans les premiers cas on peut assister à l'évolution de cette dégénérescence, on peut en décrire les diverses périétés, dans le second cas, au contraire, et c'est ce qui arrive pour le fibro-sarcome, on observe le sarcome d'emblée.

Souvent même dans ces grosses tumeurs bénignes on constate certains caractères qui à première vue inspirent de la défiance.

Dans une observation rapportée à la Société anatomique, M. Peraire, croyons-nous, rapporte le cas d'un fibrome si volumineux de la nuque qu'il était impossible de le délimiter et d'en

pratiquer l'exérèse. En plus, sa surface était le siège d'une ulcération étendue, sanieuse et d'odeur repoussante, et occasionnait de violentes douleurs continues : on redoutait le cancer, mais l'examen histologique démontra le fibrome.

Aussi la transformation maligne, pour être affirmée, doit-elle être corroborée et d'après la clinique et d'après l'examen histologique.

C'est au moment où la structure intime d'un néoplasme bénin subit les premières transformations, que l'allure clinique maligne commence à se dessiner.

Au bout de peu de temps, état local, état général, tout est changé.

La peau qui recouvre la tumeur, le tissu cellulaire avoisinant, le tissu néoplasique sont le siège de phénomènes nouveaux.

Tout d'abord, très rapidement, la tumeur augmente en proportion notable, la prolifération embryonnaire subissant une multiplication rapide.

La peau devient moins mobile, adhérente sur les plans sous-jacents, on n'y voit plus ni poils, ni orifices glandulaires, on peut y remarquer toute une série de plis transversaux.

Le derme infiltré est dur comme plastronné, tandis que les veines sous-cutanées dilatées forment un réseau très apparent.

Dès lors, le moindre coup, le moindre effort, tout est prétexte à ulcération.

L'ulcération a généralement des contours nets, des bords taillés à pic, autour d'elle la peau dure, violacée et comme érysipélateuse paraît se retourner en dedans.

Le fond de l'ulcération n'est pas régulier, des filaments grisâtres, derniers vestiges de la structure conjonctive font saillie, gangrénés, baignant dans un pus sanieux parfois sanglant, ils exhalent une odeur infecte caractéristique, ou bien encore des bourgeonnements énormes s'élèvent en forme de champi-

gnon. Souvent le moindre traumatisme provoque d'abondantes hémorragies.

Et le malade miné par l'infection, affaibli par la perte de sang se cachectise, tandis que les douleurs vont croissant de jour en jour et ne lui laissent plus aucun repos.

Si c'est au sein d'un adénome ou d'un papillôme que se produisent les phénomènes de dégénérescence, l'évolution à peu de chose près est la même ; rapidement on reconnaît une évolution maligne, mais en pareille occasion on pense toujours au cancer épithélial, et le sarcome demeure une surprise de laboratoire.

Les faits de ce genre sont en effet exceptionnels, c'est une éventualité dont les classiques font rarement mention.

En face de ces néoplasies à texture complexe et où le tissu épithélial joue le rôle prépondérant, on oublie trop souvent la part qui revient au tissu conjonctif.

Les observations de M. Cornil d'une part, de M. Beaussenet et Bender de l'autre, qui dans la littérature médicale représentent les seuls cas de kystes sébacés s'étant transformés en sarcome, en sont une preuve.

Mais il ne s'agit pas uniquement de savoir comment les tumeurs bénignes se transforment en tumeurs malignes, il serait autrement intéressant de connaître le pourquoi de ces dégénérescences.

Pourquoi, par exemple, chez les Arabes, les néoplasmes bénins aboutissent très rarement au cancer épithélial, mais se transforment presque toujours en sarcome ? Cela tiendrait-il, ainsi que le prétend le docteur Legrain, dans son rapport à la Société de chirurgie, au régime végétarien de ce peuple ?

Nous nous retrouvons ici en présence du grand problème de la pathogénie des tumeurs, et malgré d'innombrables travaux, nous ne sommes guère plus avancés que Perylhe qui disait, il y a deux siècles : « Ut cancrum curare, sic eum definire perarduum est. » Certes, nous ne manquons ni d'hypothèses, ni de

théories, chaque jour encore de nouvelles viennent s'accumuler, mais aucune n'a pu faire ses preuves d'une manière satisfaisante et définitive.

Tour à tour l'on a incriminé l'âge, l'hérédité, le climat, la nourriture; pour les besoins de la cause, Verneuil a créé de toutes pièces la diathèse cancéreuse; toutes ces considérations ne sont que des questions étiologiques bien vagues.

Ce n'est point à dire que dans chacun de ces cas il y ait eu erreur d'observation. Loin de là, ainsi on ne pourrait nier l'influence de l'hérédité.

De même la congénitalité des tumeurs est un fait maintes fois observé. Rien n'empêche de considérer les angiomes, les papillomes, le fibroma molluscum comme de simples malformations. Les tératomes, les kystes dermoïdes supposent également des inclusions fœtales embryonnaires. Mais tout ceci ne nous explique pas pourquoi certaines tumeurs dégénèrent, pourquoi à un moment donné elles deviennent le siège d'une prolifération exubérante et désordonnée.

A ce point de vue, le traumatisme paraît jouer un rôle prépondérant.

Le rôle du traumatisme est indéniable. Quelle est la femme qui, atteinte d'un cancer du sein, n'a pas reçu un coup? C'est là une chose d'observation très ancienne, A. Paré, Van Swieten, Morgagni l'avaient signalée.

Mais il importe d'établir une distinction entre le traumatisme brusque ou choc, et les petits traumatismes souvent répétés qui sont surtout irritants.

Les traumatismes violents n'auraient qu'une influence limitée sur les productions néoplasiques. Il faut faire exception toute fois pour le sarcome dont l'apparition serait maintes fois consécutive à un choc.

Mais c'est surtout les traumatismes répétés, l'inflammation

chronique qui, dans les dégénérescences des tumeurs bénignes, jouent un rôle important.

Sous l'influence de l'inflammation chronique les tissus subissent des modifications qui aboutissent aux proliférations néoplasiques en passant par l'hyperplasie simple, la tumeur bénigne, et la tumeur maligne envahissante.

Entre la lésion inflammatoire et la formation néoplasique, il y a une filiation continue qui ne permet pas de doute sur l'origine commune des unes et des autres.

Ainsi que le dit bien M. Ménétrier, les irritations chroniques de la peau, de toute nature, sont l'origine de néoplasies et de néoplasies malignes en relation intime avec l'inflammation chronique provoquée par ces irritants. Il n'y a pas seulement relation de fréquence, mais encore relation de lésions, les formes inflammatoires bénignes et banales se continuant par transition graduées avec les néoplasies et les formes malignes.

Tout le monde connaît le cancer des mineurs, le cancer des ramoneurs. Chez ces ouvriers les poussières produisent d'abord de l'irritation de la peau, puis apparaissent des lésions hypertrophiques, des papillomes, des adénomes qui seront plus tard le siège de transformations malignes. Unna prétend que l'air de la mer qui altère d'une façon si particulière la peau des marins, nous explique chez eux la fréquence du cancroïde de la face. Il suffit également de revoir ce que nous avons dit à propos de la dégénérescence des tumeurs pour être complètement convaincu de ce rôle du traumatisme répété. La pipe du fumeur produit chez lui le psoriasis buccal, et combien de fois la leucoplasie précède-t-elle le cancer. L'alcoolisme amène la production de l'adénome de l'estomac, et l'on sait par quel mécanisme simple l'épithéliome se constitue. Pour le rein, également, Netter et Sabourin ont montré ces relations intimes établies entre la néphrite chronique et l'adénome, l'adénome et le cancer rénal.

Il en est de même pour le foie et pour tous les appareils de l'économie, l'irritation continue aboutit à la tumeur bénigne, et la tumeur bénigne à la tumeur maligne. Rappelons, pour en terminer avec le traumatisme continu, que très souvent l'enchondrome, le lipome, le fibrome n'ont pas d'autre origine.

En certains cas ces néoplasies bénignes seraient en quelque sorte de stigmates professionnels. On a noté des productions fibreuses à la face interne de la cuisse des cavaliers, de même que l'on rencontre chez les chargeurs des lipomes de l'épaule, des fibromes du dos.

Le traumatisme, et surtout l'irritation répétée, ont sur la dégénérescence des tumeurs une action réellement marquée ; mais peut-on dire que ce soit là une pathogénie bien positive. Affirmerait-on qu'il y ait relation de cause à effet.

D'ailleurs, les examens microscopiques ne sont pas en faveur de cette manière de voir. Si la transformation était le résultat d'irritations extérieures on ne rencontrerait des éléments dégénérés qu'au niveau des parties irritées ou ulcérées ; or, dans les dégénérescences on reconnaît que le début du mal se fait aussi bien au centre ou dans les parties profondes des néoplasmes qu'à la périphérie.

En sorte que le traumatisme peut bien avoir une valeur étiologique, mais nullement pathologique.

A ce point de vue la théorie parasitaire satisfait l'esprit beaucoup plus. /

Un microbe est la cause des tumeurs. Est-il peu virulent, la tumeur est bénigne, l'est-il beaucoup elle est maligne. Dès lors, qu'aurait-on à faire des différences de structure histologique puisque les éléments néoformés ne représenteraient qu'un mode banal de réaction vis-à-vis de l'agent pathogène.

C'est une hypothèse qui par le seul côté clinique paraît certainement vraisemblable. Il est évident que par beaucoup de points les néoplasies se rapprochent des maladies microbiennes. Sans

parler des mycosis fongoïdes ou du lymphadénome, dont l'origine parasitaire est aujourd'hui généralement admise, tous les auteurs conviennent des allures infectieuses du sarcome. Que l'on remarque les analogies qu'il présente soit avec les lésions tuberculeuses, soit avec les lésions syphilitiques. Aussi Delbet a-t-il pu dire que parfois entre ces affections et le cancer conjonctif il devait y avoir confusion.

Sans parler des cas où la contagion du sarcome fut signalée, on ne peut nier que certaines néoformations comme le papillome, par exemple, sont nettement d'origine infectieuse. Il en est probablement de même pour les chéloïdes. Qu'il suffise à ce propos de rapporter un fait plusieurs fois raconté dans les cliniques de notre maître, le professeur Perrin : Trois jeunes filles vont chez un bijoutier se faire percer les oreilles. La plus courageuse passe la première, mais elle paya cher son intrépidité. La première oreille percée devint plus tard le siège d'une volumineuse chéloïde, tandis que la seconde oreille, ni aucune oreille de celles de ses compagnes ne présentèrent rien de semblable. En pareille occurrence, il est fort probable que la première oreille percée avait balayé tous les germes pathogènes qui se trouvaient sur l'aiguille.

Cependant, avant que d'affirmer l'existence d'un parasite dans les néoplasies, il faut l'avoir trouvé, l'avoir cultivé et inoculé avec succès.

De toutes les hypothèses sur le cancer, c'est assurément la plus ancienne. Depuis deux siècles, Pérylhe, sur des chiens, avait tenté des greffes. Harvey comparait les néoplasmes aux tumeurs parasitaires des végétaux. Hunter et Adams, en 1801, l'identifiaient avec les hydatides. La théorie parasitaire du cancer retrouva son crédit le jour où les théories microbiennes triomphantes eurent fourni leurs preuves, et l'on commença les recherches suivant les procédés employés dans l'étude des

maladies microbiennes. On fit l'inoculation, on rechercha le parasite, on tenta de le cultiver.

Entre espèces différentes la greffe n'a jamais rien donné. Quelques maigres résultats pour l'inoculation d'animaux de même espèce ; le plus souvent si l'on a constaté une tumeur, ce n'était seulement que le produit du travail inflammatoire banal qui se manifeste autour de tout corps étranger. Duplay et Cazin prétendent n'avoir jamais eu de bons résultats.

Ces expériences seules ne pouvaient résoudre la question, il fallait trouver le parasite. Ce sont tout d'abord de vulgaires microbes nullement spécifiques que Raffin, Scheurlen, Ruffer incriminent. Puis Darrier et Malassez, Albarron, Thoma prétendent que ce sont des corps inclus dans les cellules. Ces corps ne seraient autre chose que des coccidies. Mais l'on n'a jamais pu ni isoler, ni cultiver ces corps. Souvent peut-être n'étaient-ils que les résultats de la multiplication endogène des cellules néoformées.

M. Bosc range l'agent pathogène des néoplasmes parmi les protozoaires. Comme l'hématozoaire de Laveran, ce parasite serait susceptible de prendre différentes formes qui expliqueraient la bénignité ou la malignité des tumeurs.

Enfin dans de toutes récentes études les faits en faveur des blastomycètes seraient des plus concluants. Otto Busse, Curtis, Wlaeff ont isolé et cultivé des blastomycètes récoltés sur des néoplasmes malins. Mais à l'inoculation ils ne se sont montrés nullement spécifiques ; et les animaux mis à l'épreuve mouraient d'infection généralisée sans présenter au point d'inoculation trace de tumeur.

Pas plus que les autres théories, la théorie parasitaire ne peut expliquer la cause des tumeurs malignes. Peut-être M. le docteur Doyen, ainsi qu'il l'a publié au Congrès de chirurgie, aura-t-il été plus heureux. Mais en attendant la solution du problème, l'aphorisme de Virchow demeure toujours vrai :

« On aurait beau mettre quelqu'un à la question pour lui faire dire en réalité ce que sont les tumeurs, je ne crois pas que l'on puisse trouver un seul homme qui soit en mesure de le dire ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au fur et à mesure de leur développement, les cellules du mésenchyme, d'abord toutes semblables entre elles nous donnent les divers tissus conjonctifs : tissu fibreux, adipeux, osseux, musculaire, vasculaire.

Parallèlement à tous ces tissus correspond toute une série de tumeurs de structure analogue : fibrome, lipome, ostéome, myome, angiome. Ces néoplasies de forme typique représentent la classe des tumeurs bénignes, auxquelles il faut opposer les néoplasmes atypiques. Les néoplasies atypiques conjonctives forment la classe des sarcomes.

On peut considérer les deux groupes comme les extrémités d'une même échelle dont la dégénérescence maligne nous fera gravir tous les jalons intermédiaires.

Quelles sont les différentes formes du sarcome ? Comment passerons-nous des uns aux autres ?

Suivant la différenciation de leurs éléments on a subdivisé les sarcomes en deux groupes : les sarcomes embryo-plastiques, comme les appelle Robin, sont uniquement composés d'éléments jeunes. Les sarcomes fibro-plastiques sont ceux où l'élément embryonnaire se combine à l'élément adulte, et ne sont en somme qu'une forme de passage établie entre les uns et les autres.

Dans les formes embryo-plastiques, deux variétés : les globocellulaires ou à cellules rondes, les fuso-cellulaires ou à cellules fusiformes. Les uns et les autres peuvent être à grosses ou à petites cellules.

Dans les sarcomes à cellules rondes, les éléments sont sphériques, de taille plus ou moins grosse, selon la variété. Ces éléments sont comparables à des lymphocytes, quoique un peu plus volumineux que ces derniers. Leur noyau arrondi est entouré d'une mince couche de protoplasma et ces cellules, par leur juxtaposition, constituent tout le tissu.

Dans les sarcomes fusiformes, les éléments sont de petits fuseaux plus ou moins gros renfermant un noyau volumineux. Les fuseaux s'accolent et forment un tressage assez régulier. Il y a des traces de tissu conjonctif adulte.

Dans toutes ces formes on trouve des capillaires parfois abondants, et n'ayant pas de parois propres. Le sarcome fuso-cellulaire est le trait d'union entre les sarcomes globo-cellulaires et le fibro-sarcome.

Le sarcome à grosses cellules rondes serait à la peau une forme excessivement rare. On ne le rencontrerait qu'au seul cas où une tumeur viscérale se serait généralisée au tégument.

Egalement peu fréquent serait le sarcome à petites cellules rondes. M. Darier ne l'aurait jamais rencontré : nous voyons dans nos observations que M. Legrain en rapporte un cas.

Quant au sarcome à myéloplaxes c'est une forme spéciale aux os, et si on le rencontre à la peau, il est le résultat d'une métastase d'origine osseuse.

Une forme que l'on rencontre, par contre assez souvent, c'est le sarcome fasciculé.

L'observation de MM. Cornil et Péraire fait mention d'un sarcome de ce genre s'étant développé au sein des éléments anatomiques d'un kyste sébacé.

Entre les formations conjonctives atypiques et les formations typiques prend place le fibro-sarcome, premier terme des tumeurs formant le groupe des tumeurs fibro-plastiques.

Selon l'état plus ou moins avancé de ses éléments la consistance de ce néoplasme est dure ou molle. Le tissu est de couleur

blanc jaunâtre ou rosé à la coupe. Les cellules qui composent la tumeur sont allongées en faisceaux qui s'entrecroisent et s'entrelacent en tous les sens soutenus plus ou moins par du tissu fibreux. Ces cellules sont munies d'un noyau ovoïde. La tumeur a des vaisseaux ayant une paroi propre. A ces éléments fusiformes se joignent des cellules rondes en plus ou moins grande abondance.

Aussi n'y a-t-il rien d'invraisemblable, en face de ces fibrosarcomes ayant eu une longue durée, à les considérer comme le résultat de la transformation d'une tumeur primitivement bénigne.

Les fibro-myomes en voie de dégénérescence ont eu une constitution à peu près semblable mais encore plus intéressante.

Une coupe en tissu sain nous montre : des fibres musculaires, des fibres élastiques, des vaisseaux, des fibrilles conjonctives.

Au fur et à mesure que l'on s'éloigne des parties indemnes, ces éléments deviennent moins caractéristiques. Les cellules fibreuses sont moins allongées, plus épaisses, les noyaux restent ovalaires et volumineux. A la place d'une cellule conjonctive, on voit trois ou quatre cellules plus petites. Les faisceaux de substance conjonctive deviennent moins épais et sont séparés les uns des autres par des rangées de petites cellules.

Enfin, aux endroits les plus dégénérés, les fibrilles conjonctives sont de plus en plus rares, elles sont très ténues et délimitent entre elles un réseau à mailles très allongées contenant des amas épais de cellules conjonctives embryonnaires.

Il est de toute évidence que si le processus s'étendait davantage, la forme fasciculée serait perdue peu à peu : l'on aboutirait aux formes les plus embryonnaires du cancer conjonctif : le sarcome à grosses ou petites cellules rondes.

Loin d'être indifférente, l'anatomie pathologique semble fournir là des arguments en faveur de l'hypothèse de la transformation des tumeurs.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES TUMEURS CUTANÉES

Quoi qu'il en soit de ces considérations théoriques, ce qu'il importe en clinique, c'est de savoir qu'une tumeur considérée comme bénigne peut devenir maligne et d'agir en conséquence. La multiplicité des traitements en matière de néoplasmes suffirait à prouver leur inefficacité. La cure chirurgicale seule avait donné jusqu'ici des résultats appréciables, elle seule méritait la confiance.

Aussi, la conduite qui s'impose au chirurgien est d'intervenir d'une manière radicale et précoce pour prévenir cette dégénérescence.

Que sera cette cure radicale ? Elle sera aussi large que possible. Il ne faut point trop vouloir ménager les tissus voisins. Nous savons avec quelle facilité les tumeurs se reproduisent, et bien souvent, ainsi que Verneuil l'avait remarqué, leur reproduction est entachée d'un caractère de malignité plus grande.

Enlever, tout enlever, tel est le meilleur traitement des tumeurs bénignes.

Si les cellules néoplasiques hors de leur foyer primitif se greffent avec autant de facilité dans les tissus, il faut, en enlevant le néoplasme, prendre toutes précautions pour ne pas ensemer le champ opératoire.

De tous les traitements, la cure radicale est certainement la meilleure, et cependant, depuis quelques années, a pris naissance une nouvelle thérapeutique qui vient de jour en jour disputer bien des succès au traitement chirurgical, nous voulons parler de la radiothérapie.

Utiliser les rayons Röntgen dans le traitement du cancer, telle fut l'idée qui, dès 1896 fut mise en pratique par un médecin français, le docteur Despeignes. Dès lors furent nombreux ceux qui voulurent appliquer la méthode, et de tous côtés furent publiés des cas de guérison.

A peine à son aurore, la radiothérapie a donné des résultats qui ne permettent pas de douter de sa valeur. Son action favorable reste indiscutable devant les faits publiés avec photographies avant et après le traitement. En 1900 paraissent les observations de MM. Doumer et Lemoine, de Lille ; de Stœnbeck, de Williams, de Johnson et Merrill.

En 1901, publications de MM. Chamberlain, Sjögren et Sederholm, Lyster, Bryant, Stœnbeck et Bollaen. En 1902, ce sont MM. Taylor, Lejeune, de Liège ; Fergusson, Turner, Schields, Sailand et Mondain, du Havre, qui nous font connaître leurs merveilleux résultats. Un inconvénient existait dans la généralisation de la méthode, c'était un inconvénient d'un ordre financier. Mais depuis, chaque faculté, chaque école ont comblé cette lacune, et nous-mêmes avons pu voir, tant à Montpellier qu'à Marseille, les bons résultats de cette thérapeutique.

C'est ainsi que, l'année dernière, se trouvait dans le service de M. le professeur Forgue, une femme atteinte d'un volumineux cancer du sein, inopérable. Tous les ganglions de l'aisselle du côté malade étaient pris et englobaient dans leur masse le paquet vasculo-nerveux, occasionnant par cela même des douleurs violentes dans tout le bras, et un œdème considérable du membre.

Comme elle avait en même temps un fibrome utérin, on espéra, suivant la théorie des Américains, faire disparaître son néoplasme du sein par l'ablation de son utérus. Mais on ne s'en tint point là, et, pour mettre toutes chances du côté de cette malheureuse, on la fit traiter par M. le professeur Imbert. De ce jour, si la tumeur ne se mit point à regresser rapidement, du moins on la vit plus mobile, moins enchâssée sur les plans profonds. De plus, les douleurs diminuèrent, et le bras parut devenir plus libre. La malade put dormir et manger, son état général se releva. Nous n'avons pas su ce qu'est devenue depuis cette malade, mais tout le monde dans le service put constater cette amélioration passagère.

D'autre part, M. le professeur Imbert cite le cas d'une jeune femme qu'il soumet à l'action des rayons X, depuis un an pour une volumineuse tumeur abdominale. Cette tumeur, peut-être un ostéo-sarcome du bassin, parut inopérable à M. le professeur Forgue. Cette tumeur est aujourd'hui notablement réduite, après avoir deux fois récidivé pendant deux interruptions de traitement survenues pour causes diverses. Voilà une preuve que l'amélioration constatée est réellement due à l'action des rayons X.

Contre les néoplasmes inopérables, la radiothérapie n'est point toujours souveraine. Mais il ressort clairement des observations, qu'elle diminue presque chaque fois les douleurs, arrête les hémorragies, relève l'état général. Ce qui nous paraît bien appréciable, alors qu'il ne resterait plus au malade et à son entourage, comme dernière ressource, que le désespoir.

Cela tiendrait-il à ce que la quantité des rayons qui pénètrent dans la profondeur des tissus est relativement minime ? Toujours est-il que les tumeurs, en effet, se montrent d'autant plus réfractaires aux rayons X que leur siège est plus profond. Et malgré des assertions contraires, il demeure acquis que l'action curatrice de ces derniers n'est réellement démontrée jusqu'ici

que dans les cas où les lésions sont relativement superficielles.

Dans les néoplasmes cutanés, les rayons Röntgen font merveille : les résultats sont surprenants. Le procédé sanglant serait même incapable de pareils succès. La guérison paraît se faire sans perte de substance, et il semble au contraire que les tissus se mettent en prolifération pour effacer les ravages que le mal avait commis. A peine la cicatrice mérite-t-elle souvent ce nom. La peau a seulement un aspect légèrement atrophique et diffère peu des téguments voisins. C'est ce que prouvent les derniers articles et photographies de MM. les docteurs Bécère et Belot.

Dernièrement, nous avons pu assister avec M. le professeur L. Perrin à l'amélioration notable d'un cas de cancer de l'aiselle inopérable.

Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'un homme de 50 ans, arthritique et profondément névropathe. Il avait, depuis fort longtemps, à l'aiselle droite une petite tumeur pédiculisée.

En 1904, sous l'influence du grattage, cette petite saillie est arrachée, et il persiste une ulcération qui ne veut point cicatriser. Vaines applications d'antiseptiques divers.

En novembre dernier, quand M. le professeur Perrin voit le malade, il constate une large ulcération dans la région axillaire droite laissant apercevoir des bourgeons durs, rouges et saignants. Les bords de l'ulcération indurés sont renversés en dehors. La masse ganglionnaire emplit toute l'aiselle, englobe le paquet vasculo-nerveux. Œdème du membre supérieur.

Tout autour de la tumeur principale, petits nodules durs, rouges, disséminés sur la paroi thoracique.

Il s'agit évidemment de la dégénérescence maligne d'un molluscum ou d'un papillome. L'étendue et la profondeur des lésions rendent impossible toute intervention.

M. le docteur de Keating-Hart soumet le malade à l'action des rayons Röntgen. Au bout de vingt-cinq séances, l'ulcération a disparu, l'induration du paquet ganglionnaire persiste.

Les noyaux secondaires environnants se flétrissent et s'affaiblissent.

Mais bientôt, pullulation incessante de nouveaux noyaux secondaires des dimensions d'un pois. Sous l'action radiothérapique ces nouveaux nodules s'étalent et disparaissent, présentant un aspect fibreux.

Le malade va certainement beaucoup mieux, mais la guérison ne paraît pas devoir revenir très vite, car la dernière fois que le malade a été revu persistaient l'induration du paquet ganglionnaire axillaire, l'œdème du membre supérieur, et tout au long de la face interne du bras une plaque rouge sombre de lymphangite.

Ici encore la radiothérapie n'a point donné un succès complet, mais les résultats partiels obtenus sont très appréciables surtout dans un cas aussi avancé.

Il demeure donc acquis que les rayons Röntgen guérissent les tumeurs cutanées. Mais comment les font-elles disparaître ? C'est un problème non encore résolu. D'ailleurs, dans le mode d'action de ces rayons, tout n'est que mystère. Les sarcomes paraissent plus sensibles à leur action que les épithéliomes : tandis que, d'autre part, d'après Poncet, les cylindromes ne guérissent point par leur application. Pourquoi cette prédilection plus marquée des rayons X à l'égard de certaines néoplasies ? Quoi qu'il en soit, ils ne paraissent agir sur les tissus ni par électrolyse, ni par cautérisation, mais bien par une action propre non déterminée.

Peut-être agissent-ils, comme le pense M. Leredde, en activant la phagocytose.

Toutes les cellules qui ont absorbé les rayons X, par suite

de l'action chimique de ces rayons, sont le siège d'un processus pathologique. A la suite d'un certain temps de latence apparaissent des modifications d'ordre inflammatoire que l'on désigne sous le nom de réaction. Dans les néoplasies, ce n'est point à ce phénomène de réaction qu'est lié le processus curateur, mais à une lésion cellulaire spéciale. C'est une sorte de dégénérescence qui attaque séparément chaque cellule sans dépasser les bornes de la région irradiée. On parviendrait ainsi à obtenir la mort de la cellule cancéreuse. Les néoformations détruites seraient remplacées par du tissu fibreux.

Ce qui est encourageant dans cette méthode, c'est la facilité avec laquelle les malades s'y soumettent.

Le traitement n'est nullement douloureux par lui-même, il ne laisse que peu ou point de cicatrice, et la disparition des douleurs dues au cancer est un des premiers résultats frappants qu'il entraîne.

Ce traitement est généralement pratiqué à l'aide d'un tube dur placé à quelques centimètres de la région malade, tandis que des lames de plomb protègent les parties saines contre l'action des rayons X. Les séances durent en moyenne de 5 à 20 minutes suivant les cas, et peuvent avoir lieu tous les jours, ou deux ou trois fois par semaine, avec ou sans interruption suivant que le processus de regression de la tumeur est plus ou moins actif et que la dermite est plus ou moins menaçante.

L'action inflammatoire qu'exercent en effet les rayons Röntgen sur les tissus pathologiques peut cependant s'étendre aux tissus sains, d'où possibilité d'accidents. Ce sont, en général des radiodermes qui peuvent être aiguës et entraîner la chute du derme et des poils, et même des ulcérations assez profondes.

Ilâtons-nous de dire que ces accidents sont aujourd'hui peu fréquents. Une bonne technique et la protection par des substances que les rayons X ne traversent pas (plaques de plomb) préviennent facilement de pareils désagréments.

Malgré tous ses beaux résultats, la radiothérapie ne met pas davantage que le traitement chirurgical, à l'abri de la récidue. Les cas de reproduction de tumeurs qui paraissaient détruites sont au contraire très communs. Néanmoins, ils offrent ceci de consolant que, si la récidue n'est point trop avancée, elle cède à un nouveau traitement.

Dans quels cas, donc, aurons-nous recours à la chirurgie, dans quels cas aurons-nous recours à la radiothérapie ? Dans les débuts, on ne soumettait au traitement électrothérapique que les malades atteints de tumeurs inopérables ou ceux qui, trop pusillanimes, se refusaient à toute intervention. Aujourd'hui, les radiothérapeutes protestent, et en face des surprenants résultats qu'ils ont obtenus, M. le professeur Imbert a pu dire que pour le plus grand bien des malades, ce n'est pas au traitement chirurgical qu'on doit d'abord avoir recours, une règle différente au contraire devrait être adoptée. Il y a lieu de soumettre avant tout au traitement radiothérapique les tumeurs diverses dont l'ablation exige la narcose et ne met sûrement pas à l'abri de la récidue.

Mais c'est là un avis fort partagé, auxquels beaucoup de chirurgiens ne se rallient pas. Peut-être avec beaucoup trop d'exclusivisme, M. Von Bergmann a dit récemment à la Société de médecine berlinoise qu'à son avis il n'y a qu'un traitement réellement efficace, l'extirpation bien conduite.

A la Société de chirurgie, M. Poirier a été beaucoup plus catégorique. Le traitement par les rayons Rœntgen doit être réservé aux seuls cas qui ne sont pas justiciables de l'exérèse par

le bistouri. Il y a même un danger, dit-il, à laisser accréditer auprès de malades toujours pusillanimes, l'idée que la Roëntgenthérapie peut guérir le cancer. On peut ainsi laisser gagner du terrain à un néoplasme, qui devient par perte de temps, inopérable.

C'est là une objection qui n'a de la valeur que si l'on suppose le malade remis entre les mains d'un empirique. Placé au contraire sous la surveillance du médecin ou chirurgien radiothérapeute, tout danger de ce genre semble écarté. En effet, si après quelques séances, la moindre aggravation survient, si aucun changement favorable n'est constaté, le traitement peut être arrêté et l'opération décidée.

En face d'une tumeur cutanée bénigne ou dégénérée, les meilleurs moyens de guérison, pour ne point dire les seuls, sont soit la cure radicale, soit le traitement radiothérapique. Et sans être exclusif pour l'une ou l'autre méthode, on peut au contraire combiner les deux.

Une tumeur est-elle, par exemple, encore très superficielle, on peut d'abord la soumettre à l'action des rayons X. Mais si ceux-là paraissent sans effet, il ne faut point s'attarder pour en pratiquer l'exérèse.

De même une néoplasie déjà chirurgicalement enlevée repaît-elle, avant toute autre intervention, on peut user de la Roëntgenthérapie.

Nous ne parlerons pas des cas inopérables où elle demeure la dernière planche de salut.

A côté de la radiothérapie, apparaît, timidement encore, la radiumthérapie. Elle commence à peine son évolution. Que donnera-t-elle, nul ne le sait, mais l'on peut dire que ses débuts sont encourageants. On signale des cas de guérison de sarcomes, mélano-sarcomes, de carcinomes par application de bro-

mure de radium. Le trop petit nombre de faits jusqu'ici observés ne permet d'en tirer pour le moment aucune conclusion.

La radiothérapie est de date toute récente, et avant qu'elle n'existât, les médecins avaient tenté un traitement médical du cancer depuis déjà fort longtemps. Les moyens employés étaient de deux sortes, les uns constituent le traitement général, les autres le traitement local.

Le traitement général est né sans conteste de la conception diathésique et n'a évolué qu'à une date récente avec l'apparition des sérums vers le parasitisme.

Disons tout de suite que la médication interne n'a qu'une valeur très relative. L'arsenic à l'intérieur a quelque action alors qu'il s'agit de sarcomatose généralisée, mais il n'en a plus aucune s'il s'agit de tumeur localisée.

Le succès de Bergeron avec le chlorate de potasse à haute dose sont tous hypothétiques. Fonssagrives et après lui Lucas Championnière ont vanté les succès d'un médicament qui, longtemps continué et à petites doses aurait souvent donné d'excellents résultats. Nous voulons parler de la magnésie anglaise. Comment agit ce médicament ? Est-ce en combattant l'influence du terrain arthritique. Hâte-t-il l'évacuation des toxines intestinales ? On ne le sait. Toujours est-il que sous son influence, maintes fois des verrues, des papillomes bénins ont disparu. Aussi ne faut-il jamais négliger ce petit moyen dans ces affections qu'on a appelées à juste titre précancéreuses. Il est tout à fait inoffensif, et, tout au plus, peut demeurer inefficace.

Mais à côté de ces médications toutes empiriques on ne pouvait manquer de tenter un traitement rationnel.

Ce traitement rationnel a été essayé de deux façons. Le pro-

fesseur Jaboulay expérimente les sels de quinine d'une part, d'autre part on multiplie les essais de sérothérapie.

Malheureusement ces nombreuses tentatives ont fait naître des espérances trop tôt déçues.

La méthode de Jaboulay repose sur cette hypothèse que l'agent pathogène du cancer est une coccidie. Cette coccidie aurait certaines analogies avec l'hématozoaire de Laveran. D'où tirant cette déduction que la quinine est le médicament spécifique du second, on pouvait l'appliquer au premier. Cette thérapeutique appliquée à plusieurs reprises dans des cas de tumeurs inopérables a donné à divers chirurgiens des résultats appréciables : amélioration du malade tant au point de vue de l'état général que de l'état local. On ne sait trop comment expliquer cette action de la quinine. Elle agit peut-être comme antiseptique, en même temps qu'elle tonifie l'état général.

Il faut avouer que ce n'est point, en tous les cas, une méthode sûre, et bien des fois elle fut infidèle. Aussi n'est-elle employée ordinairement qu'alors que tous les autres moyens ont échoué.

Nous pouvons en dire autant de la sérothérapie.

Richet et Héricourt furent les premiers à publier des cas de guérison par injections d'un sérum spécifique.

Plus récemment Wlaeff, de Saint-Pétersbourg, se basant sur les expériences d'Otto Busse, San Felice, Curtis qui trouvent des levures dans les tumeurs malignes, convaincu que le blastomycète est la cause de leur production, conclut à un nouveau sérum. On obtient ce sérum en inoculant à des oiseaux des blastomycètes prélevés sur des tumeurs malignes de l'homme.

Loeffler, de son côté, publie des résultats qu'il aurait obtenus par inoculation de sérum d'âne. Ces ânes seraient immunisés

par injections de cancers desséchés, pulvérisés et chauffés à 150°. D'après Lœffler, ce sérum serait réellement spécifique. Enfin, sans contester le mérite des célèbres publications du docteur Doyen, nous ne pouvons juger la question puisqu'elle est encore à l'étude.

Mais nous en penserons pour le moment ce que pense M. Tuffier sur les sérums en général.

Nous douterons de leur spécificité, et nous comparerons leurs résultats à ceux que donne le sérum hémolytique, dans la lèpre, par exemple.

Tous les sérums sont capables d'agir de la même façon, que l'on ait à faire au sérum anticancéreux, antidiphthérique ou autre.

Que l'on prenne le sérum antidiphthérique, ou le sérum antitétanique ainsi que l'a fait M. Tuffier, dans les deux cas survient une amélioration de l'état local : moins d'induration, régression de la masse néoplasique.

Que l'on répète ces injections, et l'état s'améliore encore. Mais après un certain laps de temps, l'état morbide n'est plus influencé, de même l'état général ne gagne plus de son côté. A ce moment-là, que l'on change de sérum, et l'on obtient de nouvelles améliorations, mais chaque fois de plus courte durée, jusqu'au jour où les malades demeurent tout à fait insensibles à cette thérapeutique. Les voilà à nouveau livrés à leur mal inexorable.

Tous ces sérums n'agissent qu'en modifiant la phagocytose. Il y a en effet tout d'abord une hyperleucocytose très marquée dans les débuts. C'est la période d'amélioration. Mais cette hyperleucocytose s'atténue dans la suite, finit par devenir nulle. De ce jour la sérothérapie demeure sans effet.

Bien avant la sérothérapie et la radiothérapie on avait tenté

de détruire les tumeurs cutanées par des applications de topiques.

On les a tous plus ou moins essayés : on a tour à tour employé la résorcine, l'acide acétique, le chlorate de potasse. Ces agents divers ont eu des alternatives de succès et d'insuccès.

Deux seuls topiques paraissent avoir soutenu l'expérimentation : l'acide arsénieux et le bleu de méthyle ainsi que son homologue le violet de méthyle.

L'emploi de l'acide arsénieux remonte à de longs siècles, puisque Razès, médecin arabe du VIII^e siècle employait déjà l'arsenic contre les affections cutanées. Vers 1594, Fuchs paraît s'en être servi dans les affections graves de la peau. Au XVIII^e siècle un charlatan céda au frère Côme le secret de la pâte qui porte aujourd'hui encore son nom. En 1897, Cerny et Truneczek expérimentèrent avec l'acide arsénieux et firent connaître les bons résultats qu'ils en avaient obtenus.

On badigeonne la tumeur avec une solution d'acide arsénieux. La formule de Cerny est celle-ci :

Solution usage externe

Acide arsénieux . . .	1 gram.
Alcool	} à à 75 gram.
Eau distillée.	

Après plusieurs attouchements, il se forme une escarre. Cette escarre peu à peu s'épaissit, puis un sillon d'élimination se creuse, et l'escarre se détache. On procède alors à un nouveau badigeon. Si une croûte mince, facile à enlever apparaît, la néoformation est alors détruite, et la plaie guérit parfois en ne laissant point de cicatrice.

«La durée du traitement est fort variable : elle peut durer plusieurs mois, aussi les malades doivent-ils être très exacts dans l'accomplissement de leur cure. Depuis les premières observations de Cerny et Trunecek, les cas de guérison incontestables se sont multipliés. Nous-même, alors que nous étions aide de clinique de M. le professeur Perrin, avons vu et appliqué bien des fois ce traitement dans des cas de cancer de la face, et souvent les résultats ont été heureux.

Entre tous nous nous rappelons le cas d'un homme de 66 ans qui se présente à la clinique pour ulcération fongueuse avec infiltration de téguments à la région intersourcilière, dos et face latérale du nez.

Le début des lésions remontait à plusieurs années. Pendant trois ou quatre mois cet homme est venu chaque semaine deux fois en moyenne se soumettre au traitement. Les lésions disparurent complètement. De temps à autre cet homme repassait à la clinique, il ne présentait aucune tendance à la récurrence.

Une femme de 60 ans environ était dans un cas semblable. Elle avait un épithéliome perlé siégeant à la joue droite. Pendant plusieurs mois elle est venue faire badigeonner sa tumeur. Les lésions ont disparu complètement, et c'est à peine si aux lieu et place du néoplasme on reconnaissait la peau qui présentait un aspect plus lisse, légèrement atrophique.

Egalement elle ne présentait, deux ans après, aucune tendance à la récurrence.

Cela ne veut point dire que l'acide arsénieux réussisse toujours : car d'autre part un sarcome développé sur un syphilome de l'aile du nez chez une femme de 50 ans ne subit aucune amélioration par la méthode de Cerny. La tumeur fut enlevée par M. le docteur Jourdan.

Mais quelques succès ne diminuent en rien les heureux

résultats attribuables à ce topique. Aussi dans les tumeurs superficielles on sera souvent très satisfait de son emploi.

Quant à expliquer la curabilité par l'arsenic, les avis là-dessus sont partagés : nous n'insisterons pas.

Ce traitement présente cependant un grave inconvénient, c'est qu'il est très douloureux, et que les douleurs deviennent d'autant plus violentes que les badigeonnages se répètent. Aussi bien des malades cessent-ils dans cette crainte de venir revoir leur médecin, et laissent pendant ce temps leur état s'aggraver d'autant plus qu'ils demeurent longtemps sans soins.

On a bien objecté également l'intoxication possible. C'est là un écueil plus théorique que réel. L'on a pu voir des phénomènes d'intolérance se produire avec l'application des anciennes pâtes arsénicales. Nous ne connaissons point de cas où la solution hydro-alcoolique de Cerny-Trunecek ait produit des accidents de ce genre.

Après l'arsenic, sont en honneur aujourd'hui, le bleu et son homologue le violet de méthyle.

Galezowski fut l'un des premiers à les employer. Du Castel et Darier les tinrent tout d'abord pour d'excellents topiques. Mais dans son récent article dans la *Pratique Dermatologique*, Darier avoue qu'ils ne méritent point tant de faveur. Le Dentu, Reclus, Quénu n'ont avec eux obtenu également aucun résultat. On ne peut nier cependant qu'en certaines mains il n'ait donné des succès, tels les cas de Lagrange, de Delay, etc., mais vu son inconstance, il semble bien que comme traitement dermatologique des tumeurs il n'y ait guère que la méthode de Cerny.

Il est une thérapeutique fort peu connue chez nous et dont M. le docteur Legrain dit beaucoup de bien. Cet auteur qui a étudié le sarcome chez les indigènes prétend qu'ils se guérissent

sent avec un certain goudron. Ce goudron fabriqué en très grande abondance autour du chott Hadna est extrait de plusieurs arbustes et principalement du genévrier.

C'est un produit extrêmement impur, qui serait tout différent du goudron de Norvège, qui lui paraît ne modifier en rien l'évolution du sarcome.

M. Legrain rapporte à ce sujet plusieurs observations fort intéressantes qui furent communiquées à l'Académie de Médecine par M. Reclus.

Mais ce traitement par un goudron spécial est totalement inconnu chez nous. Nulle part nous n'avons trouvé qu'on l'eût essayé, aussi est-ce seulement à titre de curiosité que nous l'avons relaté.

Nous avons pu nous en convaincre, la thérapeutique des tumeurs est fort riche. Mais lorsqu'il s'agit d'appliquer un traitement les moyens sont restreints ; et somme toute c'est au traitement chirurgical que l'on a tout d'abord recours. Avec raison, puisque jusqu'ici, lui seul avait pu faire ses preuves.

Les progrès accomplis par la radiothérapie nous permettent de compter sur elle, du moins en certains cas. Aussi dans les tumeurs superficielles, avant de tenter l'exérèse, peut-on tout en surveillant ses malades, les soumettre à l'action des rayons Röntgen.

Dans les cas inopérables, dans les récidives répétées, elle nous rendra des services inconnus jusqu'à ce jour, puisqu'elle permettra aux malades d'avoir au moins jusqu'à la dernière heure l'espérance.

Enfin, dans les tumeurs cutanées peu étendues, quand pour une cause ou une autre la radiothérapie ne peut être appliquée, la méthode de Cerny Trunecek ne doit point être oubliée. On en obtiendra souvent d'excellents résultats.

CONCLUSIONS

I. — On ne pourrait établir une limite bien tranchée entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes.

1) L'accroissement progressif de l'élément malin dans des tumeurs de même ordre enlevées à différents individus ;

2) La transformation d'une même tumeur devenue maligne après avoir été classée comme bénigne ;

3) La combinaison des caractères bénins et malins dans une même tumeur tout d'abord bénigne.

Prouvent qu'il est très vraisemblable de leur attribuer une communauté d'origine.

II. — Si sur les téguments la dégénérescence des tumeurs paraît surtout se faire dans le sens épithélial, il ne faut point oublier que les éléments conjonctifs des néoplasies cutanées peuvent parfois donner naissance au sarcome. Aussi la clinique doit-elle, en règle générale, avoir recours à l'anatomie pathologique.

III. — De tout ce qui précède il est facile de déduire que : toute tumeur cutanée sans exception doit être traitée comme si elle était maligne, et ici deux traitements seront à employer : le traitement chirurgical d'abord, la radiothérapie ensuite. En certaines circonstances spéciales on n'aura qu'à se louer de l'emploi de la méthode de Cerny-Trunecek.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARD. — Anatomie pathologique.
- BELOT. — Traité de Radiothérapie, 2^e édit., 1905. Steinheil.
- BÉRARD. — Un cas de cancer musculaire. Echo de méd. de Lyon, 1896.
- BERGONIÉ. — Radiothérapie des tumeurs malignes inopérables. Bull. méd., juillet 1904.
- BESNIER. — Les Dermatofibromes. Ann. de Dermatologie, p. 205, 1880.
- BOSC (J). — Le Cancer, 1898.
- Cours d'anatomie pathologique (sur les tumeurs), 1904.
- BOUDET. — Fibroma molluscum. Thèse de Paris, 1883.
- BRISSAUD. — Adénome et cancer hépatique. Arch. gén. de méd., 1885.
- BROCA. — In Traité de chirurgie de Duplay et Reclus,
- BROCQ. — Traitement des épithéliomas par les rayons X. Annales de Derm., p. 847, 1903.
- BOUSSENAT et BENDER. — Dégénérescence sarcomateuse d'une loupe. Soc. Anat., p. 179, 1903.
- CADIAT. — Thèse de Paris, 1875. Etude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme.
- CATHCART. — De la similitude essentielle des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. British med. Journ., juin 1904, n^o 2266.
- CHALOT. — Sur la transformation *in situ* des dermatoses simples en néoplasmes malins. Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, 1879, p. 151.
- CORNIL et RANVIER. — Hist. pathol.
- CORNIL et PÉRAIRE. — Evolution sarcomateuse d'une loupe. Bull. Soc. Anat., 2 décembre 1904.
- DARIER. — La Pratique Dermatologique. T. IV, Masson, Paris.
- Contribution à l'étude de l'épithéliome des glandes sudoripares. Arch. de physiol., 1889.

- DA SILVA JONES. — Sur la transformation des tumeurs. *Correio méd. de Lisboa*, 1889, p. 177-181.
- DELBET (P.). — *In* Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.
— Pathogénie et traitement des sarcomes. *Presse méd.*, 1895, p. 257.
- DEVIC et GALLAVARDIN. — Leiomyome malin. *Revue de chir.*, 1901.
- EXNER — Action du radium sur le carcinome et le mélanosarcome. *Revue de thérap.*, novembre 1903.
- FREDET-CHEVASSU. — Fibro-sarcome de la fesse. *Soc. anat.*, 1902, p. 452.
- FANO. — Transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne au bout de 60 ans. *Union méd.*, Paris, 1872, p. 699.
- FATÔME. — Traitement des cancers superficiels et des cancers du sein par les rayons X. Thèse de Bordeaux, 1903.
- FORGUE. — *Pathol. externe*. Oct. Doin.
- FRANÇOIS-DAINVILLE. — Angiome de la région dorsale dégénéré en fibro-sarcome. *Bull. soc. méd.*, Paris, 1904, p. 140.
- HARVIÉ (J.-B.). — Des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. *Montreal med. Journ.*, 1888-1889, p. 570.
- HOLZKNECHT. — La Röntgentherapie. *Arch. Elect. méd.*, janv. 1905.
- IMBERT (A.). — A propos de la Radiothérapie. *Arch. Elect. méd.*, janvier 1905.
- JABOULAY. — Régression médicamenteuse des tumeurs malignes. *Lyon méd.*, 1900.
— Traitement du cancer par la quinine. *Soc. nat. méd. Lyon*, 1901.
- JACCOUD. — Sarcome. *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques*, t. XXXII, Paris, 1882.
- LANNELONGUE. — Des tumeurs fibro-plastiques. *Mém. Acad. de Méd.*, 1867-1868, p. 308.
- LAUNOIS. — Tumeur du sein traitée par la méthode de Jaboulay. *Soc. chirurg.*, février 1901.
- LE DENTU. — Des rapports de la leucoplasie avec l'épithéliome. *Rev. de chirurg.*, 1896.
- LEREDDE. — Traitement du cancer par les rayons X. *Gaz. des Hôpit.*, 1904, n° 38.
- LEMARÉCHAL (G.). — Etude histologique et clinique de certaines tumeurs d'origine primitive intra-musculaire. Th. Paris, 1880.

MALASSEZ. — Soc. anat., 1871, p. 85.

MALHERBE (A). — Recherches sur le sarcome. Gaz. de méd. de Nantes, 1902, p. 203-206-385-389-401-404.

MÉNÉTRIER (P.). — *In* Path. générale de Bouchard. Masson, Paris.

— Des polyadénomes gastriques et du cancer de l'estomac. Arch. de physiol., 1888.

MERMET. — Evolution sarcomateuse d'un dermato-myome. Soc. anat., 1896.

NICOLAS (J.). — Du traitement dermatologique de l'épithélioma cutané de l'angle interne de l'œil. Thèse de Montpellier, 1904.

PÉRAIRE. — Fibrome récidivant pris pour un sarcome. Soc. Anat., mai 1901.

PERRIN (L.). — Sarcomatose cutanée. Thèse de Paris, 1886.

— La Pratique Dermatologique. T. IV. Paris, Masson.

PILLIET. — Evolution sarcomateuse d'un fibrome utérin. Une hypothèse sur l'origine des fibromes. Soc. anat., 1904.

PILLIET et RICHE. — Du psoriasis lingual récidivant. Bull. Soc. Anat., 1896.

PILCHER. — Dégénérescences malignes des tumeurs bénignes. New-York med. Journ., 1891, p. 20.

PLICQUE. — Etude sur les guérisons durables obtenues par l'intervention chirurgicale dans les récidives de tumeurs malignes. Th. de Paris, 1888.

PORRO. — Gaz. med. ital. lombard, 1881, n° 51.

REBOUL. — Transformations et dégénérescence des nævi. Th. Paris, 1893.

RECLUS (P.). — Sur un mémoire du Dr Legrain concernant la fréquence et la guérison du sarcome en Algérie. Rapp. Bull. Acad. de Méd., Paris, 1896, p. 27.

REGAUD. — Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne. Arch. de méd. expériment., 1896.

RICHE et HÉRICOURT. — Traitement du sarcome par la séro-thérapie. Compte rend. Acad. Sc., Paris, 1895, p. 948.

RINDFLEISCH. — Hist. pathologique, 1873.

ROBILLARD. — La méthode de Cerny-Trunecek. Thèse de Paris, 1899.

SCHMIDT. — Dégénérescence d'un fibroma molluscum. Presse méd., 1879.

TUFFIER. — Rayons X et thérapeutique du cancer. Presse méd., n° 10, 1904.

— A propos du sérum de Lœffler. Presse méd. janv. 1905a

VERNEUIL. — Arch. générales de méd., 1854.

VON BERGMANN. — Soc. med. Berlinoise, 28 oct. 1903.

WALTAN. — Les rayons X agissent-ils sur les cancers profonds. The American Practitioner and News, 1904.

WLAEFF. — A propos de la sérothérapie des tumeurs malignes. Compt. rend. Soc. Biol., Paris, 1901, p. 285.

WINKLER. — Tumeurs bénignes de la peau. Ann. Dermat. et Syph., p. 824, 1904.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Montpellier, le 18 février 1905.

Le Recteur,
BENOIST.

VU ET APPROUVE:
Montpellier, le 17 février 1905.

Le Doyen,
MAÏRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
